

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和 2年 8月 4日

医療機関	名 称	ひろさき糖尿病・内科クリニック		
	所 在 地	弘前市大字城東北4丁目4-20		
	連 絡 先	電話：0172-29-2650 担当者名：長谷川範幸		
対象医療機器	種 別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上）		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）		
	メ ー カ ー	キャノンメディカルシステムズ株式会社		
	型 式	TSX-037A		
設 置 年 月	令和 2年 4月			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う			
	<input checked="" type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
	相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)	弘前大学大学院医学研究科法医学講座	聖康会病院	黒石市国民健康保険 黒石病院
	<input checked="" type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
	相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)	弘前大学大学院医学研究科法医学講座	聖康会病院	黒石市国民健康保険 黒石病院
	画像撮影等の検査機器に係る画像情報及び画像診断情報の提供方法	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD) <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()		
	保守点検予定 (時期、間隔、その他)	年一回		
<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)				

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和2年9月10日

医療機関	名 称	一般財団法人 黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター		
	所 在 地	青森県弘前市大字扇町一丁目2番地1号		
	連 絡 先	電話：0172-28-8220	担当者名：今 基	
対象医療機器	種 別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満）		
		<input checked="" type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上）		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）		
	メ ー カ ー	GEヘルスケアジャパン株式会社		
	型 式	SIGNA Explorer		
設 置 年 月	2020年8月31日			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う			
	<input checked="" type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>	弘前大学医学部 附属病院	健生病院	国立弘前病院
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	画像撮影等の検査機器 に係る画像情報及び 画像診断情報の提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ（CD、DVD） <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	保 守 点 検 予 定 <small>（時期、間隔、その他）</small>	・2020.8.31~2021.8.30（年2回 2021.2月 2021.8月） ・2021.8.31~2025.8.30（年4回 毎年11月、2月、5月、8月の3ヶ月毎）		
	<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない （理由）			

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和2年9月30日

医療機関	名称	青森県立中央病院			
	所在地	青森県青森市東造道2丁目1-1			
	連絡先	電話：726-8037 担当者名：病院局運営部管理課 小川			
対象医療機器	種別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT <input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT <input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満） <input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満） <input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上） <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む） <input checked="" type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック） <input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）			
		メーカー	バリアンメディカルシステムズ		
		型式	True Beam		
		設置年月	令和2年9月		
		<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う			
		<input checked="" type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
		相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)		青森市民病院 弘前大学医学部附属病院 医療法人 雄心会 青森新都市病院	
		<input type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
		相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)			
		画像撮影等の検査機器に係る画像情報及び画像診断情報の提供方法		<input type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD) <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()	
保守点検予定 (時期、間隔、その他)		有り (フルメンテナンス年間保守契約締結)			
共同利用	<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)				

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和2年12月23日

医療機関	名 称	三戸町国民健康保険三戸中央病院		
	所 在 地	青森県三戸郡三戸町大字川守田字沖中9-1		
	連 絡 先	電話：0179-20-1131 担当者名：中村義信		
対象医療機器	種 別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上）		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）		
	メ ー カ ー	日立ヘルスケアシステムズ株式会社		
	型 式	G560000420（薬事承認番号230ABBZX0002700）		
設 置 年 月	令和2年12月			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う			
	<input checked="" type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>	田子町国民健康保険 町立田子診療所	医療法人はらだク リニック	国民健康保険南部町 医療センター
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	画像撮影等の検査機器 に係る画像情報及び 画像診断情報の提供方法	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ（CD、DVD） <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	保守点検予定 <small>（時期、間隔、その他）</small>	日常点検：毎日（業務開始時及び終了時） 定期点検：画質テスト 月1回（第1週目） 保守点検：年4回		
<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない （理由）				

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和 3年 3月 1日

医療機関	名 称	青森市民病院		
	所 在 地	青森市勝田一丁目14番20号		
	連 絡 先	電話： 017-734-2171 担当者名：古山智明		
対象医療機器	種 別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満）		
		<input checked="" type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上）		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）		
	メ ー カ ー	キヤノンメディカルシステムズ株式会社		
	型 式	Vantage Orian		
設 置 年 月	令和3年3月1日			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う			
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>	佐藤整形外科リウ マチ科クリニック	村上 内科胃腸科	たかしクリニッ ク耳鼻咽喉科
	画像撮影等の検査機器 に係る画像情報及び 画像診断情報の提供方法	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD) <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()		
	保守点検予定 <small>（時期、間隔、その他）</small>	年2回 2月、8月		
<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない <small>（理由）</small>				

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和3年5月24日

医療機関	名 称	弘前大学医学部附属病院		
	所 在 地	弘前市大字本町53番地		
	連 絡 先	電話：0172-39-5166 担当者名：経営企画課 小林		
対象医療機器	種 別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上）		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input checked="" type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック）		
	<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）			
	メ ー カ ー	GEヘルスケアジャパン株式会社		
型 式	Discovery MI.v			
設 置 年 月	令和3年2月			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う			
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	画像撮影等の検査機器に 係る画像情報及び画像診断 情報の提供方法	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ（CD、DVD） <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	保守点検予定 <small>（時期、間隔、その他）</small>	年3回		
<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない <small>（理由）</small>				

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和3年5月24日

医療機関	名 称	弘前大学医学部附属病院		
	所 在 地	弘前市大字本町53番地		
	連 絡 先	電話：0172-39-5166 担当者名：経営企画課 小林		
対象医療機器	種 別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT		
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）		
		<input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上）		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む）		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック）		
	<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）			
	メ ー カ ー	GEヘルスケア・ジャパン株式会社		
型 式	Revolution CT			
設 置 年 月	令和3年3月			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う			
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	画像撮影等の検査機器に係る画像情報及び画像診断情報の提供方法	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ（CD、DVD） <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	保守点検予定 <small>（時期、間隔、その他）</small>	年4回		
<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない <small>（理由）</small>				

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和3年8月11日

医 療 機 関	名 称	十和田市立中央病院		
	所 在 地	十和田市西十二番町14番8号		
	連 絡 先	電話：0176-23-5121 担当者名：医事課長 東		
対 象 医 療 機 器	種 別	マルチスライスCT		
		マルチスライスCT以外のCT		
		MRI（1.5テスラ未満）		
		MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）		
		MRI（3.0テスラ以上）		
		PET		
		PET-CT		
		マンモグラフィ（トモシンセシス含む）		
		■ 放射線治療機器（リニアック）		
		放射線治療機器（ガンマナイフ）		
	メ ー カ ー	米国アキュレイ インコーポレイティッド社		
型 式	ラディザクト			
設 置 年 月	令和3年7月			
共 同 利 用	■共同利用を行う			
	連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>	八戸市民病院	北秋田市民病院	青森県立中央病院
	連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）			
	相手方の医療機関名 <small>（件数の多い上位3医療機関を記載）</small>			
	画像撮影等の検査機器 に係る画像情報及び 画像診断情報の提供方法	ネットワーク デジタルデータ（CD、DVD） 紙 その他（ ）		
	保守点検予定 <small>（時期、間隔、その他）</small>	2021年度8月～3月は保守なし。 2022年度8月～3月は保守あり。8ヶ月間 2023年度4月～3月は保守あり。12ヶ月間		
	共同利用を行わない <small>（理由）</small>			

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和3年9月6日

医療機関	名 称	青森県立中央病院					
	所 在 地	青森市東造道2丁目1-1					
	連 絡 先	電話：726-8037 担当者名：病院局運営部管理課 小川					
対象医療機器	種 別	<input type="checkbox"/> マルチスライスCT					
		<input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT					
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ未満）					
		<input type="checkbox"/> MRI（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）					
		<input type="checkbox"/> MRI（3.0テスラ以上）					
		<input type="checkbox"/> PET					
		<input type="checkbox"/> PET-CT					
		<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ（トモシンセシス含む）					
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（リニアック）					
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）					
	メーカ	GEヘルスケア ジャパン					
	型 式	Senographe Pristina					
	設 置 年 月	令和3年8月					
共同利用	<input type="checkbox"/> 共同利用を行う						
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関からの患者受入、画像情報及び画像診断情報の提供						
	相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)						
	<input type="checkbox"/> 連携する医療機関による機器の使用、または その他（ ）						
	相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)						
	画像撮影等の検査機器に係る画像情報及び画像診断情報の提供方法	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD) <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()					
	保守点検予定 (時期、間隔、その他)						
	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行わない						
	(理由) 従来から共同利用は行っておらず、今後も共同利用は行える状況ではない。						

※原則、対象となる医療機器1台毎に作成