

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			
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>	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 <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>	有り <small>（フルメンテナンス年間保守契約締結）</small>		
	<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