

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和4年4月5日

| | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--------------------------------|--|--|--|
| 医療機関 | 名 称 | 弘前大学医学部附属病院 | | | | | | |
| | 所 在 地 | 青森県弘前市本町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 C T (SPECT) | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> マルチスライス C T 以外の C T | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> M R I (1.5テスラ未満) | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> M R I (1.5テスラ以上3.0テスラ未満) | | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> M R I (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 | | | | | | |
| | 型 式 | SIGNA Premier XT 3.0T | | | | | | |
| 設 置 年 月 | 令和4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 | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | 相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載) | | | |
| | 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 () | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | 相手方の医療機関名 (件数の多い上位3医療機関を記載) | | | |
| | 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) | | 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