

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和 6 年 1 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 - 1 - 1		
	連 絡 先	電話：017-726-8014 担当者名： 佐藤 兼也		
対象医療機器	種 別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライス C T		
		<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 type="checkbox"/> M R I (3.0 テスラ 以 上)		
		<input type="checkbox"/> P E T		
		<input type="checkbox"/> P E T - C T		
		<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ヘルスケア社			
型 式	マルチスライス CT スキャナ RevolutionCT Apex Elite			
設 置 年 月	令和 5 年 12 月 18 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 (件数の多い上位 3 医療機関を記載)	下山泌尿器科 医院	森山内科クリ ニック	村上内科胃腸科 医院
	<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 (C D、D V D) <input checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	保守点検予定 (時期、間隔、その他)	4回/年		
<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない				

※原則、対象となる医療機器 1 台毎に作成