

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 checked="" 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"/> 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 Artist Air Edition 1.5T							
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