

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 一 力 一	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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"> <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学大学院医学研究科法医学講座</td> <td style="width: 25%;">聖康会病院</td> <td style="width: 25%;">黒石市国民健康保険 黒石病院</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <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 () <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学大学院医学研究科法医学講座</td> <td style="width: 25%;">聖康会病院</td> <td style="width: 25%;">黒石市国民健康保険 黒石病院</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;">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</td> <td colspan="3"> <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() </td> </tr> <tr> <td>保守点検予定 (時期、間隔、その他)</td> <td colspan="3">年一回</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> </table>				<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学大学院医学研究科法医学講座</td> <td style="width: 25%;">聖康会病院</td> <td style="width: 25%;">黒石市国民健康保険 黒石病院</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)	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 () <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学大学院医学研究科法医学講座</td> <td style="width: 25%;">聖康会病院</td> <td style="width: 25%;">黒石市国民健康保険 黒石病院</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)	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)			
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学大学院医学研究科法医学講座</td> <td style="width: 25%;">聖康会病院</td> <td style="width: 25%;">黒石市国民健康保険 黒石病院</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)	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																								
	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 () <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学大学院医学研究科法医学講座</td> <td style="width: 25%;">聖康会病院</td> <td style="width: 25%;">黒石市国民健康保険 黒石病院</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)	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																								
	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 一 力 一	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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"> <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学医学部附属病院</td> <td style="width: 25%;">健生病院</td> <td style="width: 25%;">国立弘前病院</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <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 () </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 </td> <td colspan="2"> <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() </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 保守点検予定 (時期、間隔、その他) </td> <td colspan="2"> ・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) </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> </table>				<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学医学部附属病院</td> <td style="width: 25%;">健生病院</td> <td style="width: 25%;">国立弘前病院</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)	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 ()				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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)				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 (時期、間隔、その他)		・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)			
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学医学部附属病院</td> <td style="width: 25%;">健生病院</td> <td style="width: 25%;">国立弘前病院</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)	弘前大学医学部附属病院	健生病院	国立弘前病院																												
	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 ()																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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 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 (時期、間隔、その他)		・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			
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)	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)		
	<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5年7月12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 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 一 力 一	富士フィルムヘルスケアシステムズ株式会社																																			
型 式	S C E N A R I A V i e w (薬事承認番号230 A B B Z X 0 0 0 2 7 0 0)																																			
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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"> <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">田子町国民健康保険町立田子診療所</td> <td style="width: 25%;">医療法人はらだク リニック</td> <td style="width: 25%;">国民健康保険南部町 医療センター</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <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 () </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 </td> <td colspan="2"> <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 type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 保守点検予定 (時期、間隔、その他) </td> <td colspan="2"> 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 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> </table>				<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">田子町国民健康保険町立田子診療所</td> <td style="width: 25%;">医療法人はらだク リニック</td> <td style="width: 25%;">国民健康保険南部町 医療センター</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)	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 ()				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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)				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 type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()		保守点検予定 (時期、間隔、その他)		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)			
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">田子町国民健康保険町立田子診療所</td> <td style="width: 25%;">医療法人はらだク リニック</td> <td style="width: 25%;">国民健康保険南部町 医療センター</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)	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																												
	相 手 方 の 医 療 機 関 名 (件数の多い上位3医療機関を記載)	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 ()																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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(C D、D V D) <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()																																	
	保守点検予定 (時期、間隔、その他)		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 一 力 一	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 (件数の多い上位3医療機関を記載)				
	<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)		佐藤整形外科リウ マチ科クリニック	村上 内科胃腸科	
	画 像 摄 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 檢 予 定 (時期、間隔、その他)		年2回 2月、8月		
	<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 一 力 一	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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"> <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 </td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <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 () </td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 紙</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 保守点検予定 (時期、間隔、その他) 年3回 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> </table>				<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 紙</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>				<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3回				<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)				共同利用を行わない (理由)				共同利用を行わない (理由)				共同利用を行わない (理由)			
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 紙</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>				<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()																																								
	<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3回																																															
	<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)																																															
共同利用を行わない (理由)																																																
共同利用を行わない (理由)																																																
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 一 力 一	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							
	<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

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 (件数の多い上位3医療機関を記載)	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 (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	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 (時期、間隔、その他)	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 (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 一 力 一	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 寸 点 檢 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

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CT(SPECT)	
		<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 checked="" 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 一 力 一	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		
	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 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 檢 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

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 一 力 一	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				
	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 checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(C D、D V D) <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()			
	保 守 点 檢 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

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和4年10月31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：企画運営課 今				
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 一 力 一	キャノンメディカルシステムズ株式会社			
		型 式	TSX-307A			
		設 置 年 月	2022(令和4)年10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)	弘前大学医学部附属病院	健生病院	弘前総合医療センター
			<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 (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 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 檢 予 定 (時期、間隔、その他)		2022.11~2023.10(年2回 2023.1月 2023.10月) 2023.11以降は年1回(点検月はメーカーと年度毎に確認のうえ実施予定)			
<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5年1月30日

医療機関	名 称	一部事務組合下北医療センター むつ総合病院		
	所 在 地	青森県むつ市小川町一丁目2番8号		
	連 絡 先	電話：0175-22-2111（内線：3281） 担当者名：今		
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 一 力 一	GEヘルスケア・ジャパン株式会社			
型 式	SIGNA Voyager 1.5T AIR Edition			
設 置 年 月	令和4年11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)	下北地域内全ての医療機関		
	<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 檢 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

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和5年4月10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)																				
	メ 一 力 一	キヤノンメディカルシステムズ株式会社																				
型 式	Aquilion Prime SP TSX-303B																					
設 置 年 月	令和5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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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 style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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 style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">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</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 紙</td> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> <td></td> </tr> </table> 保守点検予定 (時期、間隔、その他) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">保守点検予定 (時期、間隔、その他)</td> <td style="width: 10%; vertical-align: top;">年2回</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2回
	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2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5年7月1日

医療機関	名 称	三沢市立三沢病院			
	所 在 地	三沢市大字三沢字堀口164-65			
	連 絡 先	電話：0176-53-2161 担当者名：医事課 種市			
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 一 力 一	株式会社フィリップス・ジャパン				
型 式	Ingenia Evolution 1.5T				
設 置 年 月	令和3年10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)	さいとう耳鼻咽喉科クリニック	三沢米軍病院	あいざわクリニック	
	<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 摂 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 checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()			
	保 守 点 檢 予 定 (時期、間隔、その他の)	年2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5年9月11日

医療機関	名 称	八戸赤十字病院																																																		
	所 在 地	青森県八戸市大字田面木字中明戸2																																																		
	連 絡 先	電話：0178-27-3111 担当者名：総務課 高橋																																																		
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 一 力 一	株式会社フィリップス・ジャパン																																																			
型 式	MR5300																																																			
設 置 年 月	令和5年8月24日																																																			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"> <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">いとう整形外科・スポーツクリニック</td> <td style="width: 25%;">洋野町国民健康保険種市病院</td> <td style="width: 25%;">とみさわ甲状腺・乳腺のクリニック</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <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 () </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 </td> <td colspan="2"> <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() </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 保守点検予定 (時期、間隔、その他) </td> <td colspan="2">3か月に1回 (6月・9月・12月・3月)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </table>				<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">いとう整形外科・スポーツクリニック</td> <td style="width: 25%;">洋野町国民健康保険種市病院</td> <td style="width: 25%;">とみさわ甲状腺・乳腺のクリニック</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)	いとう整形外科・スポーツクリニック	洋野町国民健康保険種市病院	とみさわ甲状腺・乳腺のクリニック	<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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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)				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)		3か月に1回 (6月・9月・12月・3月)		<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)																			
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">いとう整形外科・スポーツクリニック</td> <td style="width: 25%;">洋野町国民健康保険種市病院</td> <td style="width: 25%;">とみさわ甲状腺・乳腺のクリニック</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)	いとう整形外科・スポーツクリニック	洋野町国民健康保険種市病院	とみさわ甲状腺・乳腺のクリニック																																												
	相 手 方 の 医 療 機 関 名 (件数の多い上位3医療機関を記載)	いとう整形外科・スポーツクリニック	洋野町国民健康保険種市病院	とみさわ甲状腺・乳腺のクリニック																																																
	<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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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)		3か月に1回 (6月・9月・12月・3月)																																																	
	<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5年10月4日

医療機関	名 称	一般財団法人 医療と育成のための研究所清明会 鳴海病院		
	所 在 地	青森県弘前市川町19番地		
	連 絡 先	電話：0172-32-5211 担当者名：鳴海 学		
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)		
	メ 一 力 一	GEヘルスケア・ジャパン会社		
型 式	Revolution Maxima			
設 置 年 月	2023年9月1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)	沢田内科	弘前大学医学部附属病院	弘前中央病院
	<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 checked="" type="checkbox"/> その他(フィルム)		
	保 守 点 檢 予 定 (時期、間隔、その他)	次回保証期間内点検：令和6年2月頃予定 (設置1年後より年4回予定)		
	<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5年12月14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 一 力 一	GEヘルスケア社			
型 式	マルチスライス CT スキャナ RevolutionCT Apex Core			
設 置 年 月	令和5年11月13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 摄 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 checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()		
	保 守 点 檢 予 定 (時期、間隔、その他)	4回/年		
	<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6年1月16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 一 力 一	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(CD、DVD) <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

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和6年5月14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 一 力 一	キヤノンメディカルシステムズ株式会社																					
型 式	TSX-202A																					
設 置 年 月	令和6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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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 style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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 style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">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</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 紙</td> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> <td></td> </tr> </table> 保守点検予定 (時期、間隔、その他) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">保守点検予定 (時期、間隔、その他)</td> <td style="width: 10%; vertical-align: top;">年2回</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2回
	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2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6年5月14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 一 力 一	キヤノンメディカルシステムズ株式会社													
型 式	TSX-308A													
設 置 年 月	令和6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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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 style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table> <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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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 style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">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</td> <td style="width: 70%; vertical-align: top;"> <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() </td> </tr> </table> 保守点検予定 (時期、間隔、その他) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">保守点検予定 (時期、間隔、その他)</td> <td style="width: 70%; vertical-align: top;">年4回</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
	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

別紙様式【共同利用計画】

記入年月日：令和6年5月14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 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)																																		
	メ 一 力 一	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6年4月																																			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><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</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><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 ()</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 紙</td> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">保守点検予定 (時期、間隔、その他)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)</td> </tr> </table>				<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 紙</td> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>				<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)				<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)			
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ネットワーク</td> <td style="width: 50%;"><input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD、DVD)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 紙</td> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>				<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()																												
	<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)																																			
	<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6年6月14日

医療機関	名 称	医療法人幸仁会 高松病院			
	所 在 地	青森県十和田市大字三本木字里ノ沢1-249			
	連 絡 先	電話：0176-23-6540	担当者名：今泉 泰仁		
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 一 力 一	キャノンメディカルシステムズ株式会社				
型 式	Vantage Cracian RS MRT-2020/7J				
設 置 年 月	令和6年6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 檢 予 定 (時期、間隔、その他)				
	<input checked="" 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7年1月16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：017-726-8037	担当者名：管理課 葛西					
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 一 力 一	GEヘルスケアジャパン							
型 式	SIGNA Artist 1.5T 30.1							
設 置 年 月	令和6年9月							
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <ul style="list-style-type: none"> <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">下山泌尿器科 医院</td> <td style="width: 25%;">森山内科クリ ニック</td> <td style="width: 25%;">村上胃腸科内科 医院</td> </tr> </table> <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)	下山泌尿器科 医院	森山内科クリ ニック	村上胃腸科内科 医院
	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	村上胃腸科内科 医院				
	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 checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()						
	保 寸 点 檢 予 定 (時期、間隔、その他)	4回/年						
	<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7年1月16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：017-726-8037	担当者名：管理課 葛西					
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 checked="" 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 一 力 一	GEヘルスケアジャパン							
型 式	SIGNA Premier Evo 3.0T							
設 置 年 月	令和6年12月							
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <ul style="list-style-type: none"> <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">下山泌尿器科 医院</td> <td style="width: 25%;">森山内科クリ ニック</td> <td style="width: 25%;">村上胃腸科内科 医院</td> </tr> </table> <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)	下山泌尿器科 医院	森山内科クリ ニック	村上胃腸科内科 医院
	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	村上胃腸科内科 医院				
	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 checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他()						
	保 寸 点 檢 予 定 (時期、間隔、その他)	4回/年						
	<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7年3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 乗田			
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 一 力 一	シーメンスヘルスケア株式会社			
		型 式	NAEOTOM Alpha			
		設 置 年 月	令和7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 摄 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 檢 予 定 (時期、間隔、その他)		年1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7年5月21日

医療機関	名 称	一般財団法人 医療と育成のための研究所清明会 鳴海病院																																																		
	所 在 地	青森県弘前市川町19番地																																																		
	連 絡 先	電話：0172-32-5211 担当者名：鳴海 学																																																		
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 一 力 一	GEヘルスケア・ジャパン会社																																																			
型 式	SIGNA Artist EVO 1,5T																																																			
設 置 年 月	2024年6月																																																			
共同利用	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"> <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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学医学部附属病院</td> <td style="width: 25%;">神整形外科</td> <td style="width: 25%;">なんば耳鼻咽喉科</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <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 () </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td colspan="2"> <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(フィルム) </td> </tr> <tr> <td colspan="2">保守点検予定 (時期、間隔、その他)</td> <td colspan="2">令和7年6月 予定</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由) </td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </table>				<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学医学部附属病院</td> <td style="width: 25%;">神整形外科</td> <td style="width: 25%;">なんば耳鼻咽喉科</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)	弘前大学医学部附属病院	神整形外科	なんば耳鼻咽喉科	<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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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)				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(フィルム)		保守点検予定 (時期、間隔、その他)		令和7年6月 予定		<input type="checkbox"/> 共同利用を行わない (理由)																			
	<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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;">弘前大学医学部附属病院</td> <td style="width: 25%;">神整形外科</td> <td style="width: 25%;">なんば耳鼻咽喉科</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)	弘前大学医学部附属病院	神整形外科	なんば耳鼻咽喉科																																												
	相 手 方 の 医 療 機 関 名 (件数の多い上位3医療機関を記載)	弘前大学医学部附属病院	神整形外科	なんば耳鼻咽喉科																																																
	<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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">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 style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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(フィルム)																																																	
	保守点検予定 (時期、間隔、その他)		令和7年6月 予定																																																	
	<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7年7月30日

医療機関	名 称	八戸市立市民病院				
	所 在 地	八戸市田向3丁目1番1号				
	連 絡 先	電話：0178-72-5111 担当者名：管理課 類家				
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 一 力 一	シーメンスヘルスケア			
		型 式	ゾマトムgo			
		設 置 年 月	2022年3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)	佐々木泌尿器科	はちもり内科・消化器内科クリニック	村井内科クリニック
			<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 檢 予 定 (時期、間隔、その他)	1回/年					
<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7年7月30日

医療機関	名 称	八戸市立市民病院		
	所 在 地	八戸市田向3丁目1番1号		
	連 絡 先	電話：0178-72-5111 担当者名：管理課 類家		
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 checked="" 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 一 力 一	GEヘルスケア・ジャパン			
型 式	Premier Air 3.0T			
設 置 年 月	2024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 (件数の多い上位3医療機関を記載)	倉本クリニック	はちもり内科・消化器内科クリニック	佐々木泌尿器科
	<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)	1回/年		
	<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7年7月30日

医療機関	名 称	八戸市立市民病院		
	所 在 地	八戸市田向3丁目1番1号		
	連 絡 先	電話：0178-72-5111 担当者名：管理課 類家		
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 一 力 一	GEヘルスケア・ジャパン			
型 式	SIGNA Artist 1.5T			
設 置 年 月	2024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 (件数の多い上位3医療機関を記載)	倉本クリニック	はちもり内科・消化器内科クリニック	佐々木泌尿器科
	<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)	4回/年		
	<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