

## 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）						
		<input type="checkbox"/> 放射線治療機器（ガンマナイフ）						
	メーカ	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"> <tr> <td>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></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				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>			
	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（ ）							
	<table border="1"> <tr> <td>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></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				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>			
	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>		年2回						
<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