

## 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 ー カ ー	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	たかしクリニック 耳鼻咽喉科
	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 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