

様式第 2

## 共 同 利 用 計 画

病院又は 診療所	名 称	まえだ耳鼻咽喉科			
	所 在 地	江南市高屋町本郷 161 番地			
共同利用 対象機器	種 別	マルチスライス CT (64 列以上・16 列以上 64 列未満・16 列未満) その他の CT			
		M R I (3 テスラ以上・1.5 テスラ以上 3 テスラ未満・1.5 テスラ未満)			
		P E T ・ P E T C T			
		放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ)			
		マンモグラフィ			
	製 作 者 名	株式会社モリタ製作所			
	型式及び台数	MCT-HN タイプ F14 1 台			
設置年月日	令和 3 年 9 月 1 0 日				
※地域医療支援病院の場合は、以下の記載は不要とする。					
共同利用 の 実 施	共同利用の方針	共同利用を行う ・ <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行わない			
	共同利用に係る 規程の有無	有 ・ 無			
	共同利用の 方 法	・ 連携先の病院又は診療所による機器使用 ・ 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び 画像診断情報の提供 ・ その他 ( )			
	共同利用を 行わない場合の 理 由				
共同利用 の 相 手 方	登録医療機関 (足りない場合 は別紙を添付)	名称	開設者の氏 名又は名称	所在地	主たる診 療科目
保守点検 の 方 針	保守点検計画の 策定の有無	有 ・ 無			
	保守点検予定時 期、間隔、条件				
画像情報及び画像診断情報 の 提 供 に 関 す る 方 針 (提供方法)		ネットワーク・デジタルデータ (CD, DVD)・ 紙・その他 ( )			

様式第 2

## 共 同 利 用 計 画

病院又は 診療所	名 称	医療法人愛洋会 加藤クリニック			
	所 在 地	愛知県春日井市下屋敷町下屋敷 1 番地の 2			
共同利用 対象機器	種 別	マルチスライス CT (64 列以上・ <input checked="" type="checkbox"/> 16 列以上 64 列未満・16 列未満) その他の CT			
		M R I (3 テスラ以上・1.5 テスラ以上 3 テスラ未満・1.5 テスラ未満)			
		P E T ・ P E T C T			
		放射線治療 (リニアック・ガンマナイフ)			
		マンモグラフィ			
	製 作 者 名	富士フイルムヘルスケア株式会社			
	型式及び台数	全身用 X 線 CT 診断装置 Supria 1 台			
設置年月日	令和 4 年 4 月 7 日				
※地域医療支援病院の場合は、以下の記載は不要とする。					
共同利用 の 実 施	共同利用の方針	共同利用を行う ・ <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行わない			
	共同利用に係る 規程の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	共同利用の 方 法	・ 連携先の病院又は診療所による機器使用 ・ 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び 画像診断情報の提供 ・ その他 ( )			
	共同利用を 行わない場合の 理 由	共同利用施設の対象が無い為			
共同利用 の 相 手 方	登録医療機関 (足りない場合 は別紙を添付)	名称	開設者の氏 名又は名称	所在地	主たる診 療科目
保守点検 の 方 針	保守点検計画の 策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	保守点検予定時 期、間隔、条件	時期：2022 年 7 月、2023 年 1 月 間隔：6 ヶ月 条件：富士フイルムヘルスケアシステムズ株式会社に委託			
画像情報及び画像診断情報 の 提 供 に 関 す る 方 針 (提供方法)		ネットワーク・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ (CD, DVD) 紙・その他 ( )			