

様式第2

共同利用計画

病院又は 診療所	名 称	明誠クリニック			
	所 在 地	稲沢市日下部南町一丁目1番1			
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 イ			
	製 作 者 名	富士フィルム株式会社			
	型式及び台数	全身用X線CT撮影装置 Supria ×1台			
	設 置 年 月 日	2024年12月10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 / ・ 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
		未定			
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	年間1回 (毎年12月) メーカー推奨保守点検を委託により実施			
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 ()			

