

様式第 2

共 同 利 用 計 画

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|----------------|-----|-------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | 愛知淑徳大学クリニック | | | |
| | 所 在 地 | 長久手市片平二丁目 1 4 0 1 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | <input type="checkbox"/> マルチスライス C T (<input type="checkbox"/> 64 列以上 ・ 16 列以上 64 列未満 ・ 16 列未満) その他の C T | | | |
| | | M R I (3 テスラ以上 ・ <input type="checkbox"/> 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 | キャノンメディカルシステムズ株式会社 | | | |
| | 型式及び台数 | T S X - 0 3 6 A 1 台、M R I - 2 0 2 0 1 台 | | | |
| 設置年月日 | 令和 4 年 8 月 1 2 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 type="checkbox"/> 共同利用を行わない | | | |
| | 共同利用に係る 規程の有無 | <input type="checkbox"/> 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 | 相手先が現状で決まっていないため | | | |
| 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 type="checkbox"/> 有 ・ 無 | | | |
| | 保守点検予定時 期、間隔、条件 | C T 年 1 回、M R I 年 2 回 (半年毎) メーカー指定の期間で点検を実施 | | | |
| 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 ・ <input type="checkbox"/> デジタルデータ (C D , D V D) ・ 紙 ・ その他 () | | | |

様式第 2

共 同 利 用 計 画

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|----------------|-----|-------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | 医療法人あらかわ医院 | | | |
| | 所 在 地 | 尾張旭市大久手町中松原 39 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | <input type="checkbox"/> マルチスライス C T <input checked="" type="checkbox"/> (64 列以上) ・ 16 列以上 64 列未満 ・ 16 列未満 その他の C T | | | |
| | | 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 | 株式会社フィリップス ・ ジャパン | | | |
| | 型式及び台数 | I n c i s i v e C T | | | |
| 設置年月日 | 令和 4 年 9 月 2 6 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (連携医療施設) | | | |
| | 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 |
| | | 連携医療機関 | | | |
| 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 | 6 ヶ月に 1 回実施 | | | |
| 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ (<input checked="" type="checkbox"/> C D) D V D) ・ 紙 ・ その他 () | | | |

様式第 2

共 同 利 用 計 画

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|----------------|--------------------------------------|-------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | 医療法人あさひ内科 | | | |
| | 所 在 地 | 尾張旭市北本地ヶ原町 3-125 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マ ル チ ス ラ イ ス C T (<input type="checkbox"/> 64 列以上 ・ 16 列以上 64 列未満 ・ 16 列未満) <input type="checkbox"/> その他の C T | | | |
| | | 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 | 富士フィルムヘルスケア株式会社 | | | |
| | 型 式 及 び 台 数 | S u p r i a O p t i c a | | | |
| 設 置 年 月 日 | 令和 4 年 1 2 月 8 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 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 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 | 自院での利用を想定しているため | | | |
| 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"/> | | ・ 無 | |
| | 保守点検予定時 期、間隔、条件 | 導入後半年後から年 2 回実施 | | | |
| 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 (C D , D V D) ・ 紙・その他 () | | | |

様式第 2

共 同 利 用 計 画

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|----------------|-------|---|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | 医療法人宏和会あさいクリニック | | | |
| | 所 在 地 | 瀬戸市東権現町 3 番地 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マ ル チ ス ラ イ ス C T (64 列以上・ <input checked="" type="checkbox"/> 16 列以上 64 列未満・16 列未満) その他の C T | | | |
| | | 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 | キャノンメディカルシステムズ(株) | | | |
| | 型式及び台数 | T S X - 0 3 7 A | | | |
| 設置年月日 | 令和 4 年 1 2 月 1 9 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 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 | 他院の対応を行う体制整備ができないため | | | |
| 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 | 毎年 11 月に業者による定期点検を実施 | | | |
| 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 (C D, D V D) ・ 紙・その他 () | | | |

様式第2

共 同 利 用 計 画

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|----------------|---------------|-------------|
| 病院又は 診療所 | 名 称 | あさひの森整形外科リハビリクリニック | | | |
| | 所 在 地 | 尾張旭市南栄町旭ヶ丘 64 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マ ル チ ス ラ イ ス C T (64 列以上・16 列以上 64 列未満・16 列未満) その他の C T | | | |
| | | 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 | 富士フィルムヘルスケア(株) | | | |
| | 型式及び台数 | MR イメージング装置 ECHELON Smart 1 台 | | | |
| 設置年月日 | 令和5年1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 | <input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う ・ <input 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 type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 共同利用の 方 法 | <input checked="" type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所による機器使用 <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| | | あさひの森内科 消化器クリニック | 福田頌子 | 尾張旭市南栄町旭ヶ丘 64 | 内科 |
| 保守点検 の 方 針 | 保守点検計画の 策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 保守点検予定時 期、間隔、条件 | 年2回 毎年6月・12月予定 | | | |
| 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) | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | あさひの森内科消化器クリニック | | | |
| | 所 在 地 | 尾張旭市南栄町旭ヶ丘 64 | | | |
| 共同利用 対象機器 | 種 別 | マ ル チ ス ラ イ ス C T (64 列以上・ <input checked="" type="checkbox"/> 16 列以上 64 列未満・16 列未満) その他の C T | | | |
| | | 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 | 富士フィルムヘルスケア(株) | | | |
| | 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 5 年 1 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input 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 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 |
| | | あさひの森整形 外科クリニック | 福田俊嗣 | 尾張旭市南栄町旭ヶ丘 64 | 整形外科 |
| 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 | 年 2 回 毎年 6 月 ・ 12 月 | | | |
| 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) | | <input checked="" type="checkbox"/> ネットワーク・デジタルデータ (C D . D V D) ・ 紙・その他 () | | | |

