

様式第2

共同利用計画

病院又は 診療所	名称	大雄会クリニック			
	所在地	愛知県一宮市大江一丁目3番2号			
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テラ以上・1.5テラ以上3テラ未満・1.5テラ未満)			
		PET・PETCT			
		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	富士フイルム株式会社			
	型式及び台数	FCT iStream: 1台			
設置年月日	令和7年7月22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="radio"/> 共同利用を行う		<input type="radio"/> 共同利用を行わない	
	共同利用に係る 規程の有無	<input checked="" type="radio"/> 有		<input type="radio"/> 無	
	共同利用の 方法	<input checked="" type="radio"/> 連携先の病院又は診療所による機器使用 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 有		<input type="radio"/> 無	
	保守点検予定時 期、間隔、条件	年2回 フルメンテナンス			
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="radio"/> デジタルデータ (CD、DVD) 紙・その他( )			

一宮市保健所  
-7.7.25  
第1594号