

【撮像条件調査票】

実施医療機関名	関西医科大学総合医療センター
所属	治験管理センター
TEL/FAX	06-6993-9537

CT			
①	メーカー名	SIEMENS	装置名 SOMATOM Definition AS
②	メーカー名	キャノン メディカル システムズ	装置名 Aquilion PRIME
③	メーカー名	キャノン メディカル システムズ	装置名 Aquilion PRIME
CT装置の始業・終業点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 施行せず <input type="checkbox"/> その他 ()	
CT装置の定期(保守)点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 1回/6 か月 <input type="checkbox"/> その他 ()	
確認項目	撮像条件		可否
スライス厚 (Axial)	5mm以下		<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

MRI			
①	メーカー名	SIEMENS	装置名 MAGNETOM ESSENZA DOT
②	メーカー名	SIEMENS	装置名 MAGNETOM Skyra
MRI装置の始業・終業点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 施行せず <input type="checkbox"/> その他 ()	
MRI装置の定期(保守)点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 1回/4 か月 <input type="checkbox"/> その他 ()	
確認項目	撮像条件		可否
スライス厚 (Axial)	5mm以下 (RECIST V 1.1での推奨)		<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

X線			
①	メーカー名	島津製作所	装置名 RAD Speed Pro
②	メーカー名	キャノン メディカル システムズ(東芝メディカル)	装置名 MRAD-A50S RADREX
X線装置の始業・終業点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 施行せず <input type="checkbox"/> その他 ()	
X線装置の定期(保守)点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 1回/6 か月 <input type="checkbox"/> その他 ()	

ガンマカメラ			
①	メーカー名	キャノン メディカル システムズ	装置名 E.CAM-17
SPECT装置の始業・終業点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 施行せず <input type="checkbox"/> その他 ()	
SPECT装置の定期(保守)点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 1回/6 か月 <input type="checkbox"/> その他 ()	
②	メーカー名	GH Healthcare	装置名 Discovery NM/CT670 Q.Suite Pro
SPECT装置の始業・終業点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 施行せず <input type="checkbox"/> その他 ()	
SPECT装置の定期(保守)点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 1回/3 か月 <input type="checkbox"/> その他 ()	

PET/CT			
①	メーカー名	SIEMENS	装置名 TruePoint Biograph 16
SPECT装置の始業・終業点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 施行せず <input type="checkbox"/> その他 ()	
SPECT装置の定期(保守)点検の頻度		<input checked="" type="checkbox"/> 1回/3 か月 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【画像のマスキング環境及び提出形式に関する調査項目】

提出する画像のデータ形式	<input checked="" type="checkbox"/> DICOM <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 印刷物
Webシステムを利用して画像を提出可能ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
Webシステムのトラブル時に、メディアを用いて画像を提出する場合は必要項目を印字したメディアを使用可能ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない
印字したメディアを使用する場合、使用するメディアの種類	<input checked="" type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> DVD-R
電子データで提出する場合、被験者の個人情報(被験者氏名、診療録番号等)及び投与群をマスキングすることは可能ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
電子データで提出する場合、画像タグに症例番号を付与することは可能ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

作成日	2018年 2月 9日
-----	-------------------