2016 年　八十島プロシード 超音波ゲルパッド評価　　提案書

平成　28　年　　月　　日

八十島プロシード 株式会社　御中

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号（記入しないでください）： | | |
| ふ り が な  申請者氏名 |  | Tel: |
| Fax: |
| 生年月日：　　　年　　月　　日 | E-mail: |
| 年齢： |
| 所属機関 |  | 住所： |
| 役職 |  | |
| 評価可能と思われる新規 診断部位と病状 |  | |
| 評価項目 |  | |
| 現在の使用機器名・プローブ型番 |  | |
| 現行の超音波ゼリーの不満点 |  | |
| 今後、エコー診断に期待すること |  | |

* 適宜サイズを変更してください。ただし、２頁を限度としてください。

（記入例）

2016 年　八十島プロシード 超音波ゲルパッド評価　　提案書

平成　28　年　10　月　10　日

八十島プロシード 株式会社　御中

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号（記入しないでください）： | | |
| ふ り が な  申請者氏名 | やそじま　たろう  八十島　太郎 | Tel: 　xxx-xxxx-xxxx |
| Fax: xxx-xxxx-xxxx |
| 生年月日：xxxx年xx　月xx日 | E-mail: xxxxxx@xxxx.xxx |
| 年齢：xx |
| 所属機関 | xxxx大学医学部xxxx課 | 住所：  超音波ゲルパッドの送付先ともなります。 |
| 役職 | 講師 | |
| 評価可能と思われる新規 診断部位と病状 | 人工透析　シャント部位の血流確保確認 | |
| 評価項目 | 後々に、使用感等、ヒアリングさせていただきますので、  特に記載がなくても構いません。 | |
| 現在の使用機器名・プローブ型番 | 東芝メディカルシステムズ　Aplio 400 | |
| 現行の超音波ゼリーの不満点 | 凹凸のある体表部位に当てる際に、　相当の厚みをつくりあげるのが困難。 | |
| 今後、エコー診断に期待すること | 災害時現場での画像診断装置としての利用方法 | |

* 適宜サイズを変更してください。ただし、２頁を限度としてください。