

ファントム確認用模擬品申込用紙 FAX番号 03-5510-0133

セティ株式会社 行

年 月 日

施設名				所在地			
					TEL		
担当者	部署名		役職	氏名	Eメールアドレス		
治療装置	リニアック : 台使用		粒子線治療	メーカー名	陽子線/重粒子線	治療室数	
						室	
	リニアック ①	メーカー :	リニアック ②	メーカー :	リニアック ③	メーカー :	
		装置名 :		装置名 :		装置名 :	
位置決め装置 : KV or MV		位置決め装置 : KV or MV		位置決め装置 : KV or MV			
使用年数 : 年		使用年数 : 年		使用年数 : 年			
治療件数・患者数	総治療件数		IMRT		体幹部定位照射	粒子線治療件数	
	総件数 : 人/年	前立腺 : 人/年	肺 : 人/年		総件数 : 人/年		
	IMRT 定位照射 : 人/年	その他 : 人/年	肝 : 人/年		体幹部件数 : 人/年		
	ブラキセラピー : 人/年	今後対象としたい部位		今後対象としたい部位		体幹部の主な対象部位	
VISICOILの対象となる見込み患者数					人/年		
備考	先進医療登録など要望及び特記事項				取り扱い代理店		
アンケート	何でVISICOILを知りましたか、下記番号から選び○をつけてください						
	① JASTROバナー広告	③ インナービジョン広告	④ その他()				

ファントム確認用模擬品サイズ

製品名	サイズ(mm)		本数
	直径	長さ	
DS-035-010-PL .35mmx1cm	0.35	10	
DS-050-005-PL .50mmx0.5cm	0.5	5	
DS-050-010-PL .50mmx1cm	0.5	10	
DS-075-005-PL .75mmx0.5cm	0.75	5	
DS-075-010-PL .75mmx1cm	0.75	10	
DS-110-005-PL 1.10mmx0.5cm	1.1	5	
DS-110-010-PL 1.10mmx1cm	1.1	10	

* 注意 個数は1施設最大5個までとします。