

ワイヤレス超音波画像診断装置

FUJIFILM

iViz air アイビズエアー レンタル のご案内

iViz air コンベックス型のレンタル

あらゆる現場の診断に安心な高画質と軽量性。

AI(人工知能)の一つであるディープラーニングを設計に用いて開発した

- ①たった 3Step で尿量計測ができる膀胱尿量自動計測
- ②便秘の性状を画像で確認し、適切な排泄ケアの選択をサポートする直腸観察ガイド Plus※1

の 2 つのアシスト機能を搭載

※1 エコー画像だけでなく、理学的所見なども確認し排泄ケアを実施ください

エコー初学者から熟練者まで、毎日の診察をアシストいたします。

コンベックス型の対象部位(深い部位):

腹部、泌尿器科、産科、婦人科、小児および新生児の検査等

●主な仕様

表示モード	B モード
走査方式	コンベックス走査
本体モニター	5.5 インチ
外形寸法 幅 × 高さ × 奥行き	本体 (タブレット表示器) 約 78× 約 166× 約 88mm プローブ (FWT C5-2 プローブ) 約 72.8× 約 178.5× 約 29.0mm
重量 (g)	本体 (タブレット表示器) 約 197g プローブ (FWT C-5 プローブ) 約 190g



レンタル料金 (税抜価格) ※往復運送料は別途必要です。

月額 45,000 円

販売名: FWU シリーズ

医療機器認証番号: 301ABBZX00003000



iViz air

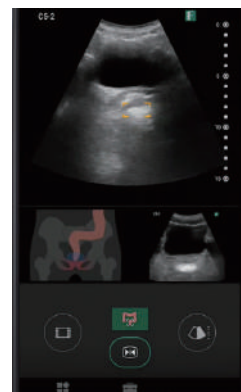
コンベックス



膀胱尿量自動計測



直腸観察ガイド Plus



● レンタルお申込兼ご注文書は裏面をご覧ください。



機器のスペックはこちら→

【 iViz air (アイビズエアー) レンタルお申込書兼ご注文書 】

医療機器認証番号：301ABBZX00003000

オリックス・レンテック株式会社

◆お申込者様情報

年 月 日

(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
医療法人名及び病院名		法人代表者様名	
(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
診療科		ご担当者様名	
ご住所	〒		
お電話番号		FAX番号	
E-MAIL	@		

◆弊社医療機器レンタル約款をご確認頂き、以下チェックボックスにてご承諾をお願い致します。

私は貴社の医療機器レンタル約款を確認、承諾したのでレンタル申込みを致します。

レンタル品は医療機器の為、私が医師でない場合には、医師の監督、指示の下で添付文書に従って使用します。

医療機器レンタル約款は、Web サイトよりご確認ください

オリックス・レンテック https://www.orixrentec.jp/media_files/rental/about_use/med_agreement.pdf

オリックス・レンテック

☐ 承諾します

◆ご送付先情報（お申込者様と異なる際はご記入願います）

◆請求書送付先情報（お申込者様と異なる際はご記入願います）

◆機器種類	iViz air コンベックス型（深い部位）	◆ご希望台数	台
-------	------------------------	--------	---

◆ご希望レンタル期間	☐ ヶ月
------------	-----------------------------

◆ご希望納品～引取日	202 年 月 日 () ~ 202 年 月 日 ()
※在庫状況確認後、最短納品日をご連絡させて頂きます。	

◆月額レンタル料 (税抜価格)	月額 45,000円	※ご利用レンタル期間：1ヵ月～6ヵ月までの月額料金となります。 ※往復運送料8,000円(税抜価格)が初回お支払い時に発生いたします。 ※往復運送料は一部離島等では条件が異なります。
--------------------	-------------------	---

◆お支払い方法：後日、請求書が届き次第、指定口座へお振込みください。
銀行振込みの際は、個人名ではなく、医療法人・病院名でのお振込みをお願い致します。

◆ご返却方法
レンタル終了日3日前迄にご返却日をご連絡ください。同条件にてご延長をご希望の場合には、ご連絡の必要はございません。
円滑な引取作業を行うため、引取日までに納品時のダンボール箱に梱包し、ご準備をお願い致します。

コンベックス型・リニア型 両方のお問い合わせ

オリックス・レンテック 株式会社

お問い合わせ：分析・医療機器営業部医療機器営業チーム

**03-3473-6192**

受付時間 平日 9:00 ~ 17:00

**FAX 03-3473-8521**