

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 リニア型のレンタル

あらゆる現場の診断に安心な高画質と軽量性。PV 穿刺時の静脈の抽出や静脈径に応じたマーカー表示など、各種機能もさらに充実しました。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。

## リニア型の対象部位 (浅い部位):

表在 (甲状腺、筋骨格構造、軟組織構造、肺等)、血管 (頸動脈、深部静脈等)、インターベンション、小児および新生児等

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「血管判別アシストモード」を搭載。2 種のモードでより迅速かつ的確なエコーガイド下穿刺をアシストします。



## ● 主な仕様

表示モード	Bモード / カラー Doppler
走査方式	リニア走査
本体モニター	6.7 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 L10-5 プローブ) 約 57.9 × 約 170.5 × 約 29.0mm
重量 (g)	本体 (タブレット表示器) 約 197g プローブ (FWT L10-5 プローブ) 約 147g

iViz air リニア

iViz air 使用シーン (イメージ)



**レンタル料金 (税抜価格)** ※往復運送料は別途必要です。

月額 **40,000 円**



● レンタルお申込兼ご注文書は裏面をご覧ください。

販売名: FWU シリーズ

医療機器認証番号: 301ABBZX00003000

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](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 リニア型（浅い部位）

## ◆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 40,000円

※ご利用レンタル期間：1か月～6か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



03-3473-8521

受付時間 平日 9:00 ~ 17:00