

# 川崎病院陰圧創部治療器（ActiV. A. C. 型又は InfoV. A. C. 型、V. A. C. ULTA 型陰圧維持管理装置）の賃貸借仕様書

川崎病院における局所陰圧閉鎖療法を円滑に実施するため、次の仕様にて ActiV. A. C. 型又は InfoV. A. C. 型、V. A. C. ULTA 型陰圧維持管理装置（以下「装置」という）の賃貸借を行うものとする。

## 1 機器構成

ケーシーアイ ActiV. A. C. 型又は InfoV. A. C. 型、V. A. C. ULTA 型陰圧維持管理装置  
1 式

## 2 履行期間

令和 7 年 6 月 1 日から令和 8 年 3 月 3 1 日まで

## 3 履行場所

川崎市川崎区新川通 1 2 番 1 号 川崎市立川崎病院

## 4 業務の内容等

### (1) 装置の納入

川崎市（以下「発注者」という）は、装置の使用を希望する場合、使用開始日の 2 日前（土、日曜日、祝日を除く）までに別紙 1 「ActiV. A. C. 型又は InfoV. A. C. 型、V. A. C. ULTA 型陰圧維持管理装置 レンタル依頼書」（以下「別紙 1」という）または、それに相当する依頼書により受注者へ依頼するものとする。

受注者は依頼書を受理後、発注者の希望する使用開始日までに発注者の指定する場所に装置を納入する。なお、装置は正常に使用できるような状態で納入し、納入前に十分な清掃、清拭、動作点検がなされていることとする。

また、発注者は納入時に別紙 1 の使用開始年月日、確認者氏名欄に氏名の記入、押印をするものとする。

### (2) 賃借料の算定

発注者は装置を使用した日数を別紙 1 に記載して管理を行い、患者ごとに使用した日数分の費用を算定する。

### (3) 中断期間

発注者は装置を使用しなかった日（以下「中断期間」という）があった場合、別紙 1 に中断期間の日数を記載して管理を行う。また、受注者は中断期間の費用は請求しないものとするが無断で 2 週間以上の中断期間があった場合は 15 日目から日数分の費用を請求するものとする。

### (4) 装置の消耗品

装置の使用に伴う消耗品の費用については、本賃貸借契約には含まないものとする。

### (5) 装置の契約不適合及び障害

発注者に納入された装置に契約不適合が発見された場合は、発注者は直ちにその旨を受注者に通知するものとし、受注者はこの通知を受けた場合、速やかに契約不適合の無い装置と交換する等、速やかに対応しなければならない。

また、装置に障害が発生した場合は、発注者は直ちにその旨を受注者に通知するものとし、受注者はこの通知を受けた場合、速やかに作業員を派遣し、装置の復旧等、速やかに対応しなければならない。

### (6) 装置の回収

発注者が装置の使用を終了、中止した時または本賃貸借契約を解除された時は、受注者に装置の回収を指示するものとする。また、発注者は別紙 1 の使用終了年月日、確認者氏名欄に氏名の記入、押印をし、装置の回収時に受注者に提出する。

受注者は発注者から回収の通知があった時に、遅滞なく装置を回収するものとする。

### (7) 機器の管理と使用

発注者は、善良なる管理者の注意をもって装置を管理及び使用すること。

## 5 賃借料の請求

受注者は、業務完了後、毎月初めに前月分の賃貸借料を発注者の指定する方法により遅滞なく請求するものとする。

なお、装置の保守及び修理に関する費用は、発注者の故意または過失による場合を除き、受注者が負担する。

## 6 その他

本仕様書及び契約書に記載のない事項に関して疑義が生じた場合は、発注者受注協議のうえ決定する。

依頼日 年 月 日

## ActiV.A.C.型又は InfoV.A.C.型、V.A.C.ULTA 型陰圧維持管理装置 レンタル依頼書

- ① 診療科名 \_\_\_\_\_
- ② 病棟 \_\_\_\_\_
- ③ 医師名 \_\_\_\_\_
- ④ 患者情報 ID: \_\_\_\_\_ 患者名 \_\_\_\_\_
- ⑤ 使用機器名 \_\_\_\_\_ 型 \_\_\_\_\_
- ⑥ 機器シリアル NO \_\_\_\_\_

下記の表に装置の予定使用スケジュールを記入して下さい。 この指示書をもとに局所陰圧閉鎖処置の算定を行います。

| 使用開始日   |    |    |    | 使用終了日         |    |    |
|---------|----|----|----|---------------|----|----|
| 年 月 日   |    |    |    | 年 月 日         |    |    |
| 確認者氏名 印 |    |    |    | 確認者氏名 印       |    |    |
| 治療中断期間  |    |    |    | 年 月 日 ~ 年 月 日 |    |    |
| 1 日目 ○  | 2  | 3  | 4  | 5             | 6  | 7  |
| 8       | 9  | 10 | 11 | 12            | 13 | 14 |
| 15      | 16 | 17 | 18 | 19            | 20 | 21 |
| 22      | 23 | 24 | 25 | 26            | 27 | 28 |
| 29      | 30 | 31 |    |               |    |    |

開始日及び使用日: ○ 未使用日: × を記入してください。

陰圧維持管理装置 単価表

| メーカー名  | 型式                       | 数量 | 日額単価(税抜) | 予定日数 | 合計(税抜) | 合計(税込) |
|--------|--------------------------|----|----------|------|--------|--------|
| ケーシーアイ | ActiV.A.C.型又はInfoV.A.C.型 | 1式 |          | 1日   |        |        |
|        | V.A.C.ULTA型              | 1式 |          | 164日 |        |        |

※予定日数は見込みであり、日数をお約束するものではありません。