

注 文 書

- 1 契 約 番 号 2025000169

- 2 件 名 心臓カテーテル関連機器保守業務委託

- 3 履 行 場 所 宮城県大崎市古川穂波三丁目8番1号

- 4 履 行 期 間 令和7年6月1日 から 令和8年3月31日

- 5 別 添 書 類
 - (1) 仕様書
 - (2) 参考明細書

- 6 担 当 課 経営管理部総務課

仕様書

1 件名

心臓カテーテル関連機器保守業務委託

2 履行期間

令和7年6月1日から令和8年3月31日まで

3 履行場所

大崎市民病院本院（宮城県大崎市古川穂波3丁目8番1号）

4 メーカー及び点検対象機器

ジョンソン・エンド・ジョンソン（株）
ASA Lite BWJASAL（一式）

5 保守内容

- （1）定期点検（別紙参照）を1回実施すること。
- （2）装置に障害や支障が生じた場合は、発注者の業務に支障がないよう迅速に技術者の派遣を行い、装置の修復を行うものとする。
- （3）点検及び修理（故意による故障を除く）、オンコール対応時に発生した部品（消耗品を除く）及び作業にかかる費用はすべて委託料に含むものとする。
- （4）定期点検及び修理対応時間は原則、平日（大崎市の休日を定める条例（平成18年大崎市条例第2号に規定する休日を除く））の午前9時から午後5時30分とする。

6 暴力団等の排除について

- （1）この契約の履行期間中に大崎市入札契約暴力団排除措置規則（平成25年6月1日施行。以下「排除規則」という。）の措置要件に該当すると認められたときは、契約を解除することがある。
- （2）本市から指名停止の措置を受けている者にこの契約の全部又は一部を下請負させ、若しくは受託させてはならない。また、この契約の下請負若しくは受託をさせた者が、排除規則の措置要件に該当すると認められるときは、当該下請契約等の解除を求めることがある。
- （3）この契約の履行にあたり暴力団員又は暴力団関係者等（以下「暴力団員等」という。）から不当要求又は妨害を受けたときは、速やかに警察への通報を行い、捜査上必要な協力を行うとともに、発注者へ報告すること。また、この契約の下請負若しくは受託をさせた者が、暴力団員等から不当要求又は妨害を受けたときは、同様の措置を行うよう指導すること。

なお、暴力団員等から不当要求又は妨害を受け、適切に警察への通報、捜査協力及び発注者への報告が行われた場合で、これにより、履行遅延等が発生すると認められるときは、必要に応じて、工程の調整又は履行期限の延長等の措置を講じる。

7 その他

- （1）点検を実施する場合は、事前に作業日程を発注者側と協議するものとする。

- (2) 受注者は、業務が完了したときは速やかにその旨を担当課に給付完了通知書等で通知するとともに発注者の検査を受けること。なお、通知の際に報告書及び作業が確認できる実施状況写真を添付すること。
- (3) 本委託料は、完成検査後に受託者からの請求により支払うこととする。発注者は受注者からの適法な支払請求を受けた日から、30日以内に請求金額を受注者に支払うものとする。
- (4) 本仕様書に定めのない事項は双方別途協議の上決定する。

バイオセンスCARTO 3 定期点検報告書

WorkOrder番号		点検実施日	年	月	日	7.3.1 外観及び動作確認					
点検者氏名						確認箇所		確認欄			
システム設置施設名						1)Workstation		①本体、キーボード、マウス <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 ②各ケーブル、コネクタ <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 ③DVDドライブの書き込み試験 <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 ④時刻・タイムゾーンの設定 <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 調整 ⑦ボタン電池交換 *3年毎に実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施			
設置機器シリアルNo及び情報記入欄						2)PIU		①PIU本体 <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 ②各コネクタ、ケーブル <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否			
バイオセンス CARTO3	Add-on module					3)Patch Unit		①Patch Unit本体 <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 ②ケーブル、センサー <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否			
Workstation	<input type="checkbox"/> Merge	<input type="checkbox"/> Smart Touch	<input type="checkbox"/> Ablation Index			4)Location Pad		①Location Pad本体 <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 ②ケーブル、ホルダー <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否			
Workstation Type	<input type="checkbox"/> SOUND	<input type="checkbox"/> UNIVU	<input type="checkbox"/> REPLAY			5)清掃		<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施			
Location Pad	<input type="checkbox"/> PASO	<input type="checkbox"/> VISITAG	<input type="checkbox"/> Ripple			7.3.3 電源電圧測定					
Patch Unit	<input type="checkbox"/> CFAE	<input type="checkbox"/> Dual-Monitor	<input type="checkbox"/> FAM Dx			1) AC100V測定		入力電圧 (95~105)	測定値 AC	V	<input type="checkbox"/> カテ室 <input type="checkbox"/> その他
Software Version	<input type="checkbox"/> RMT	<input type="checkbox"/> CONFIDENSE			2) DC24V測定		出力電圧 (22~26)	測定値 DC	V	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否	
Service Pack	<input type="checkbox"/> Other ()					7.3.4 漏れ電流試験		測定値記入欄		確認欄	
7.3.2 システム動作試験						手順書 BW009参照					
試験項目		測定記入欄		確認欄		1)接地漏れ電流試験		正常状態(<5000μA)		μA	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否
7.5.1 Amplitude Test				<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否		2)接触電流試験		正常状態(<100μA)		μA	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否
7.5.2 Limb Test				<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否		3)患者漏れ電流試験		正常状態(<10μA)		μA	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否
7.5.3 Noise Test				<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否				単一故障(<500μA)		μA	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否
7.5.4 DC Test		*OLD ECG=200Ω以下 NEW ECG=850Ω以下						単一故障(<50μA)		μA	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否
		EL-RL間 <1mV		mV						最終合否判定	
		RL=∞ <5mV		mV						<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
		AGND-RL間		Ω						使用測定機器管理番号及び次回校正日	
7.5.5 Raw Electrode Test				<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否						Phantom Heart / 年 月	
7.5.6 Calibration Test				<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否						ECG シュミレーター / 年 月	
7.5.7 Cube Test		mm		<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否						デジタルマルチメーター / 年 月	
(ml~ ml)		ml		<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否						漏れ電流測定器(FLUKE ESA / 年 月	
7.5.8 Pacing Test				<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否						備考	
7.5.13 Relative and Cloud Test				<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否							
7.5.10-12 SID Measuremnt Test		*実施の場合、別紙(様式1-2)に記載		<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 不要							
7.6 CARTOUNIVU™ Module		*実施の場合、別紙(様式1-2)に記載		<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 不要							
7.7 RMT Module		*実施の場合、別紙(様式1-2)に記載		<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 不要							

SID,UNIVU,RMT測定時 結果記録シート

7.5.10-12 SID Measurement Test				合否判定	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否
測定状況	<input type="checkbox"/> Single Planeのみ <input type="checkbox"/> Bi-Planeのみ <input type="checkbox"/> Single Plane時とBi-Plane時の両方				
Single Plane	Min (cm)	Avg (cm)	Max (cm)		
	AP				
	RA0 °				
	LA0 °				
Bi-Plane	Min (cm)	Avg (cm)	Max (cm)		
	RA0 °				
	LA0 °				

7.6 CARTOUNIVU™ Module				合否判定	<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否
Position	AP/LA0/RA0	Cran/Caud	SID	Table Height	Difference (<7 mm)
1		[°]	[°]		mm
2		[°]	[°]		mm
3		[°]	[°]		mm
RMS Difference (<4 mm)					mm
Time synchronization test	*SW VersionがV4以降で、シーメンス社Angio装置の適合機種のみ実施			<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不要	
Rotational angio transfer	*回転撮影が可能なAngio装置のみ実施			<input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不要	

7.7 RMT Module 測定値			合否判定	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
NIDBE magnets state	Vector direction	Fluoro position	Cube volume (m ³)	
			volume (ml)	Diagonal(mm)
AP 0.1 T	Superior	AP (0°)		

参考明細書

1 部品費

(単位：円)

No	機器名	数量	単位	単価 (税抜)	計 (税抜)	備考
1	ASA Lite BWJASAL	一	式			
部品費 積算額 (A)						

2 人件費

(単位：円)

No	機器名	数量	単位	単価 (税抜)	計 (税抜)	備考
1	人件費		人/時			
2	出張費/諸経費	一	式			
人件費積算額 (B)						

積算額 (A)+ (B)						
積算額に係る消費税						適用税率 10%
積算額 (税込)						