医療機器の共同利用計画（報告）

（様式）

１　病院又は診療所の名称及び場所

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | （電話番号） |

２　新規購入（又は更新）する医療機器

|  |  |
| --- | --- |
| 機器の種類 | １　マルチスライスＣＴ（64列以上・16列以上64列未満・16列未満）２　その他のＣＴ３　ＭＲＩ（3テスラ以上、1.5テスラ以上3テスラ未満、1.5テスラ未満）４　ＰＥＴ・ＰＥＴ－ＣＴ５　放射線治療（リニアック・ガンマナイフ）６　マンモグラフィ |
| メーカー・機種名 |  |
| 設置年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 台数 | 台 |

３　共同利用の方針

* 共同利用を行う

|  |  |
| --- | --- |
| 共同利用の方法 | １　病院又は診療所による機器使用２　病院又は診療所からの患者の受入れ、画像情報及び画像診断情報の提供３　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 共同利用相手方医療機関 | 別紙様式のとおり |

* 共同利用を行わない

共同利用を行わない理由

４　画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

|  |  |
| --- | --- |
| 提供方法 | １　ネットワーク　　　２　デジタルデータ（ＣＤ・ＤＶＤ等）　　３　紙４　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

５　保守、整備の実施に関する方針

|  |
| --- |
| １　保守点検計画の策定　　　　　　　　有　　　・　　　無２　保守点検の実施（年間実施回数）　　　　　　回　３　その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記により医療機器の購入・更新にあたり共同利用計画を報告します。

年　　月　　日

 住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　 氏名（法人にあっては名称及び代表者の職氏名）

[ ] 鳥取市保健所長

　[ ] 鳥取県中部総合事務所長　　　　　　　　　　　　　様

[ ] 鳥取県西部総合事務所長

※いずれかにチェックすること

（別紙様式）

共同利用相手方医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 医療機関名 | 所在地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |