

# 医療機器の共同利用計画書

年 月 日

三重県知事 宛

開設者 住所 **〇〇市〇〇町〇番〇号**  
氏名 **医療法人 〇〇会**  
**理事長 〇〇 〇〇**

病院又は診療所	名称	<b>医療法人〇〇会 〇〇病院</b>	
	所在地	<b>〇〇市〇〇町〇番〇号</b>	
	担当部署名	<b>〇〇課</b>	
	担当者名	<b>〇〇 〇〇</b>	
	連絡先	<b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b>	
共同利用対象機器	種別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT(64列以上、16列以上64列未満、16列未満) <input type="checkbox"/> その他のCT <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> PET・PETCT <input type="checkbox"/> 放射線治療(リニアック・ガンマナイフ) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ	
	製作者名	<b>〇〇製作所</b>	
	型式	<b>CT-〇〇</b>	
	設置年月日	<b>令和 〇年 〇月 〇日</b>	
共同利用の方針	共同利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない	
	共同利用に係る規程の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 規程有 ・ <input type="checkbox"/> 規程無	
	共同利用の方法	<input type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所による機器使用 <input checked="" type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他( )	
	共同利用を行わない場合の理由	(記載例) <b>職員が少なく、受入対応が困難なため。</b>	
共同利用の相手方医療機関	名称	所在地	
	<b>〇〇病院</b>	<b>〇〇市〇〇町〇番〇号</b>	
	・ 枠が不足する場合は、別紙(任意様式)を作成し添付してください。 ・ 登録制によらず、幅広く利用を受け入れる場合は、その旨と利用条件を記載してください。 (例) 患者受入、画像情報提供は随時可能。利用〇日前までに事前連絡すること。		
上記以外に共同利用の相手方医療機関について( <input checked="" type="checkbox"/> 追加可能 ・ <input type="checkbox"/> 追加不可 )			
保守、整備等の実施方針	保守点検計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	保守点検予定時期、間隔、方法	<b>年間 〇回(〇ヶ月毎)</b> <b>メーカー推奨点検を委託により実施</b>	
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)	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ(CD・DVD) <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他( )		
備考			

複数の機器を設置・更新する場合は、機器ごとに計画書を作成してください。

共同利用には連携先の病院または診療所から紹介された患者への利用を含みます。

機器の提供(貸与)、検査のみを行う場合

画像診断の判読も含めて依頼を受ける場合、紹介を受けて検査・診察する場合