医療機器の共同利用計画書

　年　　月　　日

三重県知事　宛

住　所

開設者

氏　名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院又は診療所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |
| 共同利用対象機器 | 種別 | □ マルチスライスCT（64列以上、16列以上64列未満、16列未満） |
| □ その他のＣＴ |
| □ 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） |
| □ PET・PETCT |
| □ 放射線治療（リニアック・ガンマナイフ） |
| □ マンモグラフィ |
| 製作者名 |  |
| 型式 |  |
| 設置年月日 |  |
| 共同利用の方針 | 共同利用の有無 | □ 共同利用を行う　　・　　□ 共同利用を行わない |
| 共同利用に係る規程の有無 | □ 規程有　　・　　□ 規程無 |
| 共同利用の方法 | □ 連携先の病院又は診療所による機器使用□ 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□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 共同利用を行わない場合の理由 |  |
| 共同利用の相手方医療機関 | 名称 | 所在地 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 上記以外に共同利用の相手方医療機関について（□ 追加可能　　・　　□ 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 |  |
| 保守点検予定時期、間隔、方法 |  |
| 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） | □ ネットワーク□ デジタルデータ（CD・DVD）□ 紙□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　考 |  |