医療機器の共同利用計画書

広島県知事　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院又は診療所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 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（16列未満・16列以上64列未満・64列以上）その他のＣＴ |
| ＭＲＩ（1.5ﾃｽﾗ未満・1.5ﾃｽﾗ以上3.0ﾃｽﾗ未満・3.0ﾃｽﾗ以上） |
| ＰＥＴ・ＰＥＴ-ＣＴ |
| 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 |  |
| 型式及び台数 |  |
| 設置年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 共同利用の方針 | 共同利用の方針 | 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 | 有　　・　　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　　） |
| 保守点検の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | 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）・紙ベース・その他 |
| 備　　　考 |  |

※「共同利用相手方医療機関」について、共同利用の相手方となる医療機関が決まっていない場合は、「当院に対して共同利用の申し出があった医療機関」などと記載し、備考欄に自院において、共同利用の相手方となる医療機関を確保するための取組を記載すること。

※令和５年４月１日以降に医療機器を新規購入した医療機関は、今後医療機器稼働状況報告書の提出が必要となります。（外来機能報告対象医療機関は除く。）