令和　年　月　日

医療機器共同利用計画書

　千葉県知事　様

医療機関名

所　在　地

代表者名

記

医療機器の共同利用計画を、別紙のとおり提出します。

１　共同利用の相手方となる医療機関

【連絡先】

担当者：

メール：

電　話：

ＦＡＸ：

|  |
| --- |
|  |

２　共同利用の対象とする医療機器

|  |  |
| --- | --- |
| 対象医療機器（対象機器にチェック） | 台数 |
| □ ﾏﾙﾁｽﾗｲｽCT（□320列以上　□128列以上320列未満□64列以上128列未満　□64列未満） | 台 |
| □ MRI（□1.5ﾃｽﾗ未満　□1.5ﾃｽﾗ以上3ﾃｽﾗ未満　□3ﾃｽﾗ以上） | 台 |
| □ PET　□ PET‐CT | 台 |
| □ 放射線治療装置（□リニアック　□ガンマナイフ　□その他） | 台 |
| □ マンモグラフィ | 台 |

３　保守、整備等の実施に関する方針

|  |
| --- |
|  |

４　画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針（画像撮影等の検査機器の場合）

|  |
| --- |
|  |

５　共同利用を行わない場合の理由

|  |
| --- |
|  |

６　その他の必要な事項

|  |
| --- |
|  |

１　共同利用の相手方となる医療機関

≪記載例≫

|  |
| --- |
| *・○○クリニック（所在地：千葉県○○市１－１－１）**・△△△△診療所（所在地：千葉県△△市２－２－２）* |

２　共同利用の対象とする医療機器

|  |  |
| --- | --- |
| 対象医療機器（対象機器にチェック） | 台数 |
| ☑ ﾏﾙﾁｽﾗｲｽCT（□320列以上　□128列以上320列未満□64列以上128列未満　☑64列未満） | *１*台 |
| □ MRI（□1.5ﾃｽﾗ未満　□1.5ﾃｽﾗ以上3ﾃｽﾗ未満　□3ﾃｽﾗ以上） | 台 |
| □ PET　□ PET‐CT | 台 |
| □ 放射線治療装置（□リニアック　□ガンマナイフ　□その他） | 台 |
| □ マンモグラフィ | 台 |

３　保守、整備等の実施に関する方針

|  |
| --- |
| *当院が作成した点検表による日常点検のほか、メーカー保守契約（高額　部品等を含むフルメンテナンス契約）や年１回の定期点検などを行う。* |

４　画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針（画像撮影等の検査機器の場合）

|  |
| --- |
| *当院では、画像情報とともに診断情報を提供することを基本とし、効率的な医療提供体制を構築に努めます。* |

５　共同利用を行わない場合の理由

|  |
| --- |
|  |

６　その他の必要な事項

|  |
| --- |
|  |