医療機器共同利用計画書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 対象医療機器 | 種別 | □　マルチスライスＣＴ□　マルチスライスＣＴ以外のＣＴ |
| □　ＭＲＩ（1.5テスラ未満）□　ＭＲＩ（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）□　ＭＲＩ（3.0テスラ以上） |
| □　ＰＥＴ□　ＰＥＴ‐ＣＴ |
| □　放射線治療（リニアック）□　放射線治療（ガンマナイフ） |
| □　マンモグラフィ |
| メーカー |  |
| 型式及び台数 |  |
| 設置年月 |  |
| 共同利用の実施(※1) | 共同利用の方針 | □　共同利用を行う□　共同利用を行わない |
| 共同利用に係る規定の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 共同利用の方法 | □　共同利用の相手方医療機関による機器利用□　共同利用の相手方医療機関からの患者の受入、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その理由 |  |
| 共同利用の相手方(※2) | 医療機関 | 名称 | 開設者 | 所在地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 保守点検の実施方針 | 保守点検計画策定の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 保守点検予定時期・間隔・条件 |  |
| 画像情報及び画像診断情報の提供方針 |  | □　ネットワーク□　デジタルデータ□　紙□　その他（） |

※1) 医療機器の更新 （入替え）やリース契約により医療機器を設置した場合も該当します。

※2) 共同利用の相手方が多数にわたることが想定される場合は、主な医療機関を記入ください。