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。