

医療機器共同利用計画書

医療機関	名称	医療法人岩手会 岩手病院		
	所在地	〒020-0112 岩手県盛岡市内丸 10-1		
対象医療機器	種別	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT <input type="checkbox"/> マルチスライスCT以外のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ未満) <input type="checkbox"/> MRI (1.5テスラ以上 3.0テスラ未満) <input type="checkbox"/> MRI (3.0テスラ以上)		
		<input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (リニアック) <input type="checkbox"/> 放射線治療 (ガンマナイフ)		
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ		
メーカー		株式会社 ○○製作所		
型式及び台数		IWATE-KEN 1台		
設置年月	令和 ○年 ○月 ○日			
共同利用の実施(※1)	共同利用の方針	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない		
	共同利用に係る規定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		
	共同利用の方法	<input type="checkbox"/> 共同利用の相手方医療機関による機器利用 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	共同利用を行わない場合その理由	(記載例) ・職員の人数が少なく、共同利用の受入調整が困難なため。		
共同利用の相手方(※2)	医療機関	名称	開設者	所在地
		県立岩手病院	岩手太郎	岩手県盛岡市内丸 10-1
		共同利用を行う医療機関の名称等を記載してください。 特定の医療機関に限らず、幅広く利用を受け入れる場合は、その旨と利用条件を記載してください。 (例：患者の受入及び画像情報提供について随時対応。 利用○日前までに担当者まで申込)		
保守点検の実施方針	保守点検計画策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		
	保守点検予定時期・間隔・条件	年間 ○回 (○ヶ月毎) メーカー指定の期間で点検を実施		
画像情報及び画像診断情報の提供方針	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他 (CD・DVD等)			

該当する種別を■に変換。
複数機器を購入した場合、
機器ごとに作成。