

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。

【連絡先】

担当者：

メール：

電話：

FAX：

1 共同利用の相手方となる医療機関

--

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
<input type="checkbox"/> マルチスライスCT （ <input type="checkbox"/> 320 列以上 <input type="checkbox"/> 128 列以上 320 列未満 <input type="checkbox"/> 64 列以上 128 列未満 <input type="checkbox"/> 64 列未満）	台
<input type="checkbox"/> MRI （ <input type="checkbox"/> 1.5 テスラ未満 <input type="checkbox"/> 1.5 テスラ以上 3 テスラ未満 <input type="checkbox"/> 3 テスラ以上）	台
<input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET - CT	台
<input type="checkbox"/> 放射線治療装置 （ <input type="checkbox"/> リニアック <input type="checkbox"/> ガンマナイフ <input type="checkbox"/> その他）	台
<input type="checkbox"/> 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

--

《記載例》

1 共同利用の相手方となる医療機関

- ・〇〇クリニック（所在地：千葉県〇〇市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
<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT （ <input type="checkbox"/> 320列以上 <input type="checkbox"/> 128列以上320列未満 <input type="checkbox"/> 64列以上128列未満 <input checked="" type="checkbox"/> 64列未満）	1台
<input type="checkbox"/> MRI （ <input type="checkbox"/> 1.5テスラ未満 <input type="checkbox"/> 1.5テスラ以上3テスラ未満 <input type="checkbox"/> 3テスラ以上）	台
<input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> PET - CT	台
<input type="checkbox"/> 放射線治療装置 （ <input type="checkbox"/> リニアック <input type="checkbox"/> ガンマナイフ <input type="checkbox"/> その他）	台
<input type="checkbox"/> 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