記入日：令和　　年　　月　　日

共同利用に関する計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 | 担当者名： |

**１　共同利用対象機器**　　　※該当する機器に〇を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | CT（規格：64列以上・16列以上64列未満・16列未満・その他CT） |
|  | MRI（規格：3テスラ以上・1.5テスラ以上3テスラ未満・1.5テスラ未満） |
|  | PET・PETCT |
|  | 放射線治療機器（リニアック・ガンマナイフ） |
|  | マンモグラフィ |

**２　計画内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 共同利用 | その内容 |
| □行う | ・共同利用の内容　　※該当するものにチェックを入れてください |
| **□　共同利用の相手方となる医療機関による機器使用**  【相手方の医療機関】※欄が不足する場合は別紙を添付してください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 名称 | 開設者の氏名（法人である場合は名称） | 開設の場所 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **□　自施設以外の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供**  【画像情報・画像診断情報提供の方法】※該当するものに〇を付けてください。  　□ネットワーク　　□デジタルデータ（ＣＤ，ＤＶＤ）　□紙  □その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **□　その他**  （具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・保守、整備等の実施に関する方針 |
| **□　医療機器保守点検計画に基づき実施**  （保守点検の予定時期、期間、条件など） |
| □行わない | 理由を記載 |

|  |
| --- |
| ※保健所等記入欄  ・届出書の提出日及び受理日　（提出日）令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　（受理日）令和　　年　　月　　日  ・県医療政策課への報告　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 |