提出先：[iryos@pref.mie.lg.jp](mailto:iryos@pref.mie.lg.jp)（三重県医療政策課）

医療機器稼働状況報告書

年　　月　　日

【医療機関の情報】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　称 |  | |
| 担当者 |  | |
| 所在地 |  | |
| 連絡先 | Tel | Mail |

【医療機器の稼働状況】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象医療機器  （該当欄に「○」） |  | ＣＴ |
|  | ＭＲＩ |
|  | ＰＥＴおよびＰＥＴ―ＣＴ |
|  | 放射線治療機器（リニアックおよびガンマナイフ） |
|  | マンモグラフィ |
| 製造販売業者 |  | |
| 型式 |  | |
| 設置年月日 |  | |
| 利用件数※1 | 件（令和　　年度分） | |
| 共同利用の実績の有無※2 | あり　　　　　なし | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象医療機器  （該当欄に「○」）※3 |  | ＣＴ |
|  | ＭＲＩ |
|  | ＰＥＴおよびＰＥＴ―ＣＴ |
|  | 放射線治療機器（リニアックおよびガンマナイフ） |
|  | マンモグラフィ |
| 製造販売業者 |  | |
| 型式 |  | |
| 設置年月日 |  | |
| 利用件数 | 件（令和　　年度分） | |
| 共同利用の実績の有無 | あり　　　　　なし | |

※1 利用件数については、共同利用の実績の有無に関わらず、前年度（４月１日から３月31日まで）に利用された件数を記入し、毎年４月末までに三重県医療政策課にご報告ください。

※2 共同利用の実績には連携先の病院又は診療所による機器使用、連携先からの患者の受入、画像情報および画像診断情報の提供を含みます。

※3 ３台以上の医療機器を記入する場合は、別用紙に記載してください。