提出先：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 | **医療法人○○病院** |
| 担当者 | **○○　○○** |
| 所在地 | **○○市○○町○番○号** |
| 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 | **○○製作所**共同利用には連携先の病院または診療所から紹介された患者への利用を含みます。 |
| 型式 | **ＣＴ－○○** |
| 設置年月日 | **令和　○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 |

２台目がある場合は、こちらに記載してください。

３台目以降は新しい用紙へ記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。