医療機器の共同利用計画書

　年　　月　　日

三重県知事　宛

住　所　**○○市○○町○番○号**

開設者

氏　名　**医療法人　○○会**

**理事長　○○　○○**

機器の提供（貸与）、検査のみを行う場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院又は診療所 | 名称 | **医療法人○○会　○○病院** | |
| 所在地 | **○○市○○町○番○号** | |
| 担当部署名 | **○○課**  複数の機器を設置・更新する場合は、  機器ごとに計画書を作成してください。 | |
| 担当者名 | **○○　○○** | |
| 連絡先 | **○○○－○○○－○○○○** | |
| 共同利用  対象機器 | 種別 | ■ マルチスライスCT（64列以上、16列以上64列未満、16列未満） | |
| □ その他のＣＴ | |
| □ MRI（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** | |
| 型式 | **ＣＴ－○○** | |
| 設置年月日 | **令和　○年　○月　○日**  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。 | |
| 共同利用の方針 | 共同利用の有無 | ■ 共同利用を行う　　・　 □ 共同利用を行わない | |
| 共同利用に係る規程の有無 | ■ 規程有　　・　　□ 規程無 | |
| 共同利用の方法 | □ 連携先の病院又は診療所による機器使用  ■ 連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報および  画像診断情報の提供  画像診断の判読も含めて依頼を受ける場合、紹介を受けて検査・診察する場合  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 共同利用を行わない場合の理由 | （記載例）  **職員が少なく、受入対応が困難なため。** | |
| 共同利用の相手方医療機関 | 名称 | | 所在地 |
| **○○病院** | | **○○市○○町○番○号** |
| ・枠が不足する場合は、別紙（任意様式）を作成し添付してください。  ・登録制によらず、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）患者受入、画像情報提供は随時可能。利用○日前までに事前連絡すること。 | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| 上記以外に共同利用の相手方医療機関について（■ 追加可能　　・　　□ 追加不可） | | |
| 保守、整備等の  実施方針 | 保守点検計画の策定の有無 | ■ 有　　　　・　　　　□ 無 | |
| 保守点検予定時期、間隔、方法 | **年間　○回（○ヶ月毎）**  **メーカー推奨点検を委託により実施** | |
| 画像情報および画像診断情報の提供に関する方針  （提供方法） | | □ ネットワーク  ■ デジタルデータ（CD・DVD）  □ 紙  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 備　　　考 | |  | |