

## 共同利用計画書

医療機関 住所：〇〇市〇町〇番〇号

名称：医療法人〇〇 A病院

## 【医療機器の情報】

|                    |    |                       |
|--------------------|----|-----------------------|
| 対象医療機器<br>※該当欄に「○」 | ○  | CT                    |
|                    |    | MRI                   |
|                    |    | PET (PET 及び PET-CT)   |
|                    |    | 放射線治療 (リニアック及びガンマナイフ) |
|                    |    | マンモグラフィ               |
| メーカー・機種名           | 〇〇 | CT-1000A              |
| 設置年月日              |    | 令和2年 4月 2日            |

## □ 共同利用を行う

|  |     |   |
|--|-----|---|
| 共同利用の<br>要望への対応<br>※該当欄に「○」  | ○   | 要望があれば共同利用に対応可能<br>※ 医療機関名と医療機器の情報を保健所HPに掲載します。                               |
|  |     | 特定の医療機関に限定  |
| 共同利用の<br>相手方医療機関<br><br>※計画書提出時点で確<br>定している相手方<br>※欄が不足する場合は<br>任意の別紙に記載 | 名称  | 医療法人〇〇 B病院  |
|  | 所在地 | 〇〇市〇町〇番〇号   |
|  | 名称  |   |
|  | 所在地 |   |
|  | 名称  |   |
|  | 所在地 |   |
| 保守・整備等の<br>実施に関する方針<br>(点検時期・項目)   |     | <b>始業時及び就業時に別添「保守点検チェックリスト」により点<br/>検を実施</b><br><br>※保守点検計画を策定済みの場合は添付してください。 |
| 画像情報及び<br>画像診断情報の<br>提供に関する方針<br>※該当欄に「○」                                | ○   | デジタルデータ (CD・DVD)  |
|  |     | 紙媒体   |
|  |     | 医療連携ネットワークシステム  |
|  |     | その他 ( )   |

## □ 共同利用を行わない

理由：