医療機器の共同利用計画

年　　月　　日

高松市保健所長　殿

　　　　　　　　　　　　　開設者　住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

香川県外来医療計画に定める対象医療機器の共同利用計画は、下記のとおりとします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象医療機  器設置医療  機関 | 名　称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 対象医療機  器 | ＣＴ　　　：□ マルチスライスCT　□ マルチスライスCT以外のCT  ＭＲＩ　　：□ 1.5ﾃｽﾗ未満　□ 1.5ﾃｽﾗ以上3.0ﾃｽﾗ未満　□ 3.0ﾃｽﾗ以上  ＰＥＴ　　：□ PET　□ PET-CT  放射線治療：□ リニアック　□ ガンマナイフ　□ その他（　　　　）  マンモグラフィ：□ マンモグラフィ | | |
| 共同利用に  ついて | 共同利用の有無 | | □共同利用を行う ・ □共同利用を行わない |
| 共同利用しない場合  においては、その理由 | |  |
| 共同利用の  相手方とな  る医療機関 | 名　称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 保守、整備  等の実施に  関する方針 | 保守点検の周期  保守点検の時期 | | |
| 画像情報及  び画像診断  情報の提供  に関する方  針 | □ネットワーク  □デジタルデータ（ＣＤ・ＤＶＤ・その他（　　　　　　　　　））  □紙ベース  □その他（　　　　　　　　　　　　） | | |

※共同利用の方針により、医療機器の購入・更新が妨げられるものではありません。

※共同利用の相手方については、計画時点で共同利用が決定している医療機関を記載してください。

（なお、紹介を受けた患者に対し、対象機器を活用する場合も共同利用に含みます。この場合は、

共同利用の相手方を「紹介元医療機関」としてください。）

※共同利用しないとする場合は、その理由を記載ください。

※後日、香川県健康福祉部医務国保課から共同利用しない理由について、確認させていただきます。