

医療機器の共同利用計画（参考例）

年 月 日

香川県 保健所長 殿

開設者 住 所
氏 名
電話番号

印

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	C T : <input type="checkbox"/> マルチスライス CT、 <input type="checkbox"/> マルチスライス CT 以外の CT M R I : <input type="checkbox"/> 1.5 テスラ未満、 <input type="checkbox"/> 1.5 テスラ以上 3.0 テスラ未満、 <input type="checkbox"/> 3.0 テスラ以上 P E T : <input type="checkbox"/> PET、 <input type="checkbox"/> PET-CT 放射線治療： <input type="checkbox"/> リニアック、 <input type="checkbox"/> ガンマナイフ、 <input type="checkbox"/> その他（ ） マンモグラフィ： <input type="checkbox"/> マンモグラフィ	
共同利用について	共同利用の有無	<input type="checkbox"/> 共同利用を行う・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> デジタルデータ（CD・DVD・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 紙ベース <input type="checkbox"/> 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。