

医療機器の共同利用計画

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号

届出者 住 所

氏 名

(電話 局 番)

医療機器の設置にあたり、山口県外来医療計画に基づき、下記のとおり共同利用計画を提出します。

なお、記載した内容について、外来医療に係る協議の場（地域医療構想調整会議）での公表を行うことに同意します。

病院又は 診療所	名 称				
	所 在 地				
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・PETCT			
		放射線治療（リニアック・ガンマナイフ）			
		マンモグラフィ			
	製 作 者 名				
	型 式 及 び 台 数				
設 置 年 月 日	年 月 日				
共同利用 の 方 針	共同利用の方針	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	有 ・ 無			
	共同利用の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・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、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他（ ） 			
	共同利用を行わない場合の理由				
共同利用 の相手方	登録医療機関	名 称	開 設 者 の 氏 名 又 は 名 称	所 在 地	主 たる 診療 科 療 目

(第2面)

共同利用 の相手方	登録制度の 担当者	部署等	職	氏	名	連絡先
保守点検 の方針	保守点検計画の 策定の有無	有 ・ 無				
	保守点検予定時期、 間隔、条件					
画像情報及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）・ 紙ベース・その他				