(第1面)

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 | ・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 | 主たる診療科目 |
|  |  |  |  |

 (第2面)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同利用の相手方 | 登録制度の担当者 | 部署等 | 職種 | 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 |