

## 山口県外来医療計画に係る報告について

## 1 外来医療機能報告

外来医師多数区域で新たに診療所を開設しようとする方に、当該地域で不足する外来医療機能(初期救急、在宅医療、公衆衛生)を担うよう要請するもの。  
機能を担わない場合、地域医療構想調整会議での協議が必要。

## ▼前回報告(R4. 2)以降、提出のあった診療所(3件) (注)報告内容は別添参照

	開設 年月日	医療機関名	所在地	不足する外来医療 機能の実施予定		
				初期 救急	在宅 医療	公衆 衛生
1	R4. 3. 14	おくだ内科・循環器内科クリニック	下関市熊野町	有	有	有
2	R4. 9. 12	いな内科・糖尿病クリニック	下関市伊倉新町	有	有	有
3	R4. 4. 12	ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科	下関市羽山町	有	無*	有

※管理者(及び診療に従事する医師)が一人親で子育て中のため、訪問診療等の実施は負担が大きく対応が困難であることを理由に、「在宅医療を担うことができない」との回答を受けた。

## ▼継続協議とした案件(1件) (注)報告内容は別添参照

	開設 年月日	医療機関名	所在地	不足する外来医療 機能の実施予定		
				初期 救急	在宅 医療	公衆 衛生
1	R3. 9. 7	ひろせ耳鼻咽喉科クリニック	下関市上田中町	有	無*	有

※前回書面協議した際、「再検討を求める」との意見があったことから、継続協議としていたもの。再度医療機関へ理由を聴取したが、耳鼻咽喉科領域では需要が少ない等、同様の理由により、「在宅医療を担うことができない」との回答を受けた。

(参考)下関市医師会意見 \*ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科、ひろせ耳鼻咽喉科クリニック

診療科目の特性上、在宅医療には馴染まないため、例外的事項を定めた要綱第4条(3)に該当すると考える。

## 【運用要綱第4条：例外的事項】

新規開業者へは原則として第2条で規定する「圏域で不足する機能」全ての実施を求めることとするが、協議の場での協議の結果、下記のいずれかに該当するとみなされる場合は、全ての機能を実施する場合と同様に取り扱うこととする。

- (1) 保健医療計画で定めるべき地において、新規開業者が初期救急機能を担う場合
- (2) 診療所の管理者が70歳以上である場合
- (3) 実施しない機能について、標榜する診療科目上、当該「不足する機能」を担うことが実質的に想定されないと認められる場合
- (4) その他協議の場の協議の結果、適当と認められる場合

## 2 医療機器の共同利用計画

効率的な医療提供体制を構築するため、CT、MRI等の対象医療機器を設置・更新する際、「医療機器の共同利用計画」の提出を要請するもの。

▼前回報告(R4. 2)以降、提出のあった共同利用計画(9件) (注)計画内容は別添参照

	受付日	医療機関名	所在地	機器種別	共同利用
1	R4. 3. 8	よしみず病院	下関市後田町	MRI	可
2	R4. 3. 14	おくだ内科・循環器内科クリニック	下関市熊野町	CT	不可
3	R4. 4. 12	ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科	下関市羽山町	CT	不可
4	R4. 4. 12	下関医療センター	下関市上新地町	CT	可
5	R4. 4. 12	下関医療センター	下関市上新地町	MRI	可
6	R4. 5. 23	きど整形外科	下関市稗田町	MRI	不可
7	R4. 9. 15	下関市立市民病院	下関市向洋町	CT	可
8	R5. 1. 4	ひろせ耳鼻咽喉科クリニック	下関市上田中町	CT	不可
9	R5. 1. 30	林田クリニック	下関市上田中町	CT	不可

## 【別添】 個別の報告・計画内容

### (1) 外来医療機能報告

(外来－番号1)

開設する医療機関名称		おくだ内科・循環器内科クリニック	
開設の場所		下関市熊野町1丁目7-10	
開設年月日		令和4年3月14日	
診療科目		内科、循環器内科	
開設者		奥田 治人	
管理者	氏名	奥田 治人	
	生年月日	昭和43年2月27日	
医療圏で不足する機能の実施予定	初期救急	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	下関市の日曜祝日当番医への参加予定
	在宅医療	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	患者からの求めがあれば往診対応可能
	公衆衛生	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	予防接種実施予定
実施しない機能がある場合その理由	機能種別	初期救急 ・ 在宅医療 ・ 公衆衛生	
	理由		

(外来一番号2)

開設する医療機関名称	いな内科・糖尿病クリニック		
開設の場所	下関市伊倉新町1丁目5番43号		
開設年月日	令和4年9月10日		
診療科目	糖尿病内科、循環器内科、内科		
開設者	伊奈 雄二郎		
管理者	氏名	伊奈 雄二郎	
	生年月日	昭和53年7月1日	
医療圏で不足する機能の実施予定	初期救急	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	下関市夜間急病診療所への参加予定
	在宅医療	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	患者から求めがあれば往診対応可能
	公衆衛生	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	予防接種を実施予定
実施しない機能がある場合その理由	機能種別	初期救急 ・ 在宅医療 ・ 公衆衛生	
	理由		

(外来一番号3)

開設する医療機関名称	ひがしえき菜のはな耳鼻咽喉科		
開設の場所	下関市羽山町4番1号		
開設年月日	令和4年4月12日		
診療科目	耳鼻咽喉科		
開設者	伊藤 彩		
管理者	氏名	伊藤 彩	
	生年月日	昭和48年6月4日	
医療圏で不足する機能の実施予定	初期救急	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	下関市の休日当番医制へ参加予定
	在宅医療	実施予定	実施方法
		有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	公衆衛生	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	予防接種を実施予定
実施しない機能がある場合その理由	機能種別	初期救急 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療 ・ 公衆衛生	
	理由	・管理者（及び診療に従事する医師）が一人親で子育て中のため、訪問診療等の実施は負担が大きく、対応が困難であるため	
備考 (郡市医師会意見等)	例外的事項の該当可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ 把握していない	
	診療科目の特性上、在宅医療には馴染まないため、例外的事項を定めた要綱第4条(3)に該当すると考える。		

(継続協議とした案件－番号1)

開設する医療機関名称		ひろせ耳鼻咽喉科クリニック	
開設の場所		下関市上田中町2-9-6	
開設年月日		令和3年9月7日	
診療科目		耳鼻咽喉科、頭頸部外科	
開設者		廣瀬 敬信	
管理者	氏名	廣瀬 敬信	
	生年月日	昭和49年12月10日	
医療圏で不足する機能の実施予定	初期救急	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	休日当番医を行う
	在宅医療	実施予定	実施方法
		有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	公衆衛生	実施予定	実施方法
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	学校医を担当する
実施しない機能がある場合その理由	機能種別	初期救急 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 在宅医療 ・ 公衆衛生	
	理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検査機器の持ち運びができず、適切な検査を行えない (内視鏡、聴力検査、超音波検査等)</li> <li>・ 処置機器等の持ち運びができず、適切な処置が行えない (吸引ユニット等)</li> <li>・ 耳鼻咽喉科領域では需要が少ない</li> </ul>	
備考 (郡市医師会意見等)	例外的事項の該当可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ 把握していない	
	診療科目の特性上、在宅医療には馴染まないため、例外的事項を定めた要綱第4条(3)に該当すると考える。		

## (2) 医療機器の共同利用計画

### (共同利用－番号1)

病院又は 診療所	名 称	よしみず病院			
	所 在 地	下関市後田町1丁目1番1号			
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	GEヘルスケア・ジャパン(株)			
	型 式 及 び 台 数	SIGNA Artist 1台			
	設 置 年 月 日	令和4年3月2日			
共同利用 の方針	共同利用の方針	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない			
	共同利用に係る規程の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>			
	共同利用の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<input checked="" type="checkbox"/>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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	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
		吉水内科	医療法人茜会	下関市上新地町1丁目5-2	内科
	登録制度の担当者	部署等	職 種	氏 名	連 絡 先
	院長	医師	瀧原安子	083-232-8600	
保守点検 の方針	保守点検計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	2022年6月・9月・12月、2023年3月			
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・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ ( <input type="checkbox"/> CD)・DVD)・紙ベース・その他			

(共同利用一番号2)

病院又は 診療所	名 称	おくだ内科・循環器内科クリニック			
	所 在 地	下関市熊野町1丁目7-10			
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	キャノンメディカルシステムズ(株)			
	型 式 及 び 台 数	Aquilion Start TSX-037A/2B 1台			
設 置 年 月 日	令和4年3月12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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	共同利用を行わない場合の理由	無床診療所で人員体制が整えられないため共同利用を行えない			
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 科 療 目
	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			



(共同利用—番号3)

病院又は診療所	名称	ひがしえき 菜のはな耳鼻咽喉科			
	所在地	下関市羽山町4番1号			
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)			
		<input type="checkbox"/> その他のCT			
		MRI (3T以上・1.5T以上3T未満・1.5T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	朝日レントゲン工業(株)			
	型式及び台数	アーム型X線CT診断装置 オージェソリオ シリーズ (耳鼻科用) 1台			
	設置年月日	令和4年4月12日			
共同利用の方針	共同利用の方針	共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 (連携先の病院又は診療所からの患者の受入及び治療)</li> </ul>			
	共同利用を行わない場合の理由	当院保有機器は耳鼻科用であり、当院への受診が前提となり、共同利用の必要性が乏しいと考えられるため			
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
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間1回</li> <li>・メーカー推奨点検を委託により実施</li> </ul>			
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・ <input type="checkbox"/> デジタルデータ (CD・ <input type="checkbox"/> DVD) ・ <input type="checkbox"/> 紙ベース・その他			

(共同利用一番号4)

病院又は診療所	名称	下関医療センター			
	所在地	下関市上新地町3丁目3番8号			
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	キャノンメディカルシステムズ(株)			
	型式及び台数	Aquilion Prime SP i Edition TSX-303B 1台			
設置年月日	令和4年1月24日				
共同利用の方針	共同利用の方針	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない			
	共同利用に係る規程の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	共同利用の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<input checked="" type="checkbox"/> 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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	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 氏名又は称	所在地	主たる 診療目
	登録制度の担当者	部署等	職種	氏名	連絡先
	地域医療連携部	地域医療連携部長	田中 邦剛	083-231-5811	
保守点検の方針	保守点検計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回 (6ヶ月毎)</li> <li>・メーカー推奨点検を委託により実施</li> </ul>			
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・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ ( <input checked="" type="checkbox"/> CD・ <input checked="" type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他			

(共同利用－番号5)

病院又は診療所	名称	下関医療センター			
	所在地	下関市上新地町3丁目3番8号			
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	㈱フィリップス・ジャパン			
	型式及び台数	Ingenia 1.5T Omega Evolution 1台			
設置年月日	令和4年6月				
共同利用の方針	共同利用の方針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	共同利用の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<input checked="" type="checkbox"/> 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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	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 氏名又は 称	所在地	主たる 診療 科目
	登録制度の担当者	部署等	職 種	氏 名	連 絡 先
	地域医療連携部	地域医療連携部長	田中 邦剛	083-231-5811	
保守点検の方針	保守点検計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回 (6ヶ月毎)</li> <li>・メーカー推奨点検を委託により実施</li> </ul>			
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・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ ( <input checked="" type="checkbox"/> CD・ <input checked="" type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他			

(共同利用－番号6)

病院又は 診療所	名 称	きど整形外科			
	所 在 地	下関市稗田町9番30号			
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	Esaote社			
	型 式 及 び 台 数	S - scan 1台			
設 置 年 月 日	令和4年5月21日				
共同利用 の方針	共同利用の方針	共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない			
	共同利用に係る規程の有無	有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	共同利用の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	共同利用を行わない場合の理由	対応する職員が1人と少数で、受入に係る手続きの負担が大きい			
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
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	・メーカー推奨点検を委託により実施予定			
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			

(共同利用一番号7)

病院又は診療所	名称	下関市立市民病院			
	所在地	下関市向洋町一丁目13番1号			
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	GEヘルスケア			
	型式及び台数	Revolution CT 1台			
設置年月日	令和4年9月13日				
共同利用の方針	共同利用の方針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	共同利用の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・<input checked="" type="checkbox"/> 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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	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
		登録医制度によらず、患者の紹介の受け入れ、画像情報の提供は随時可能			
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	・年間4回の点検予定 (2022年12月より、3か月ごと、保証期間内のメーカー委託推奨内容)			
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・ <input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ ( <input checked="" type="checkbox"/> CD)・ <input checked="" type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他			

(共同利用－番号8)

病院又は診療所	名称	ひろせ耳鼻咽喉科クリニック			
	所在地	下関市上田中町二丁目9番6号			
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)			
		<input type="checkbox"/> 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	株式会社モリタ製作所			
型式及び台数	MCT-HN F14DR 1台				
設置年月日	令和5年1月1日				
共同利用の方針	共同利用の方針	共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 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"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	共同利用を行わない場合の理由	人員不足のため			
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
		耳鼻咽喉科専用のコーンビームCTであるため、需要が見込まれない			
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	点検時期：3月、9月 点検間隔：6か月に1回 条件：定期的 (故障していなくても行います)			
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・ <input type="checkbox"/> デジタルデータ ( <input type="checkbox"/> CD・ <input type="checkbox"/> DVD) ・紙ベース・その他			

(共同利用一番号9)

病院又は 診療所	名 称	林田クリニック			
	所 在 地	下関市上田中町一丁目18番20号			
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	富士フイルム			
	型 式 及 び 台 数	Supria Optica 1台			
設 置 年 月 日	令和5年1月24日				
共同利用 の方針	共同利用の方針	共同利用を行う ・ <input type="checkbox"/> 共同利用を行わない			
	共同利用に係る規程の有無	有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	共同利用の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・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</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
	共同利用を行わない場合の理由	人員不足のため			
共同利用 の相手方	登録医療機関	名 称	開 設 者 の 氏 名 又 は 称	所 在 地	主 たる 診療 目
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	保守点検予定時期、間隔、条件	1年に1回			
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・ <input type="checkbox"/> デジタルデータ ( <input type="checkbox"/> CD)・DVD) ・紙ベース・その他			