令和　年　月　日

医療機器の共同利用に係る計画書

石川県健康福祉部地域医療推進室次長　殿

申請医療機関　住　所　：

　　　名　称　：

代表者　：

　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　：

　私は、以下の医療機器の新規購入（又は更新）に際し、石川県外来医療計画に基づき、下記のとおり共同利用のための計画書を作成し、報告します。

１　共同利用対象機器　　※該当する機器に〇を付けてください

|  |  |
| --- | --- |
|  | CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT） |
|  | MRI（規格：3.0テスラ以上・1.5 テスラ以上3.0テスラ未満・1.5 テスラ未満） |
|  | PET・PETCT |
|  | 放射線治療機器（リニアック・ガンマナイフ） |
|  | マンモグラフィ |

２　共同利用の予定

|  |  |
| --- | --- |
| 共同利用 | 内　　容 |
| □行う | ①共同利用の内容 ※該当するものにチェックを付けてください* 共同利用の相手方となる医療機関による機器使用

【相手方の医療機関】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 開設者・法人名 | 開設の場所 |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 自施設以外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【画像情報・画像診断情報提供の方法】□ネットワーク　　　　□デジタルデータ（ＣＤ，ＤＶＤ） 　　□紙□その他（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* その他

（具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ②補修、整備等の実施に関する方針（保守点検の予定時期、期間、条件など） |
| □行わない | （共同理由を行わない理由） |

|  |
| --- |
| 【提出先】石川県健康福祉部地域医療推進室あて　　　　　　（メールで提出願います） E-Mail：iryoujin@pref.ishikawa.lg.jp |