

記載例

共同利用計画

病院又は診療所	名称	医療法人●●会 ●●病院		
	所在地	〇〇市△△町1-1		
共同利用対象医療機器	種別 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT ( <input type="checkbox"/> 16列未満 <input checked="" type="checkbox"/> 16列以上64列未満 <input type="checkbox"/> 64列以上 )		
		<input type="checkbox"/> その他のCT		
		<input type="checkbox"/> MRI ( <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 )		
		<input type="checkbox"/> PET		
		<input type="checkbox"/> PET-CT		
		<input type="checkbox"/> 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"/> マンモグラフィ		
	メーカー	●●株式会社		
型式	ABC-123			
台数	●台			
設置年月日	20●●年●●月●●日			
共同利用の実施 (該当するものに☑)	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		
	共同利用に係る規定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	共同利用の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用の相手方となる医療機関による機器利用 <input type="checkbox"/> 共同利用の相手方となる医療機関からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	共同利用を行わない場合の理由	※「共同利用の方針」において「共同利用を行わない」にチェックした場合に記載すること。		
共同利用の相手方 (該当するものに☑)	医療機関	<input type="checkbox"/> 共同利用を行う相手方の医療機関は特に決まっていない		
		<input checked="" type="checkbox"/> 共同利用を行う相手方の医療機関が決まっている (詳細を以下へ記入)		
		名称	開設者の氏名又は名称	所在地
		××クリニック	●●××	〇〇市△△町1-2
保守点検の実施方法 (該当するものに☑)	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	4月と10月の年2回、フルメンテナンス		
画像情報及び画像診断情報の提供方法 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> ネットワーク			
	<input checked="" type="checkbox"/> デジタルデータ (CD、DVD等)			
	<input type="checkbox"/> 紙			
	<input type="checkbox"/> その他			

共同利用を行わない場合は、その理由について地域の協議の場（地域医療構想調整会議）において確認を求める場合があります。