（別添様式）

年　月　日

医療機器の共同利用に係る計画

1　共同利用を行う医療機関名		
	開設者名	
	所　在　地	
	連　絡　先	
2　共同利用を行う医療機器名		
3　共同利用の相手方となる医療機関名		
	開設者名	
	所在地	
4　共同利用の開始時期		
5　保守、整備等の実施に関する方針		
6　画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針（画像撮影等検査機器の場合）		
7　備考		

※　医療機器の共同利用に係る計画は、共同利用の対象となる医療機器ごとに作成すること。

※　「３共同利用の相手方となる医療機関名」について、共同利用の相手方となる医療機関が決まっていない場合は、「当院に対して共同利用の申し出があった医療機関」などと記載し、「７備考」に自院において、共同利用の相手方となる医療機関を確保するための取組を記載すること。

（共同利用計画申請鑑）

年　　月　　日

保健所長　殿

（開設者が法人の場合は法人名称及び主たる事務所の所在地・代表者名を記載）

医療機関開設者　住　所

氏　名

下記のとおり共同利用の対象となる医療機器を購入したいので、提出します。

＜共同利用の対象とする医療機器＞

(1) 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）

(2) ＭＲＩ（1.5テスラ未満，1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のＭＲＩ）

(3) ＰＥＴ（ＰＥＴ及びＰＥＴ－ＣＴ）

(4) 放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）

(5) マンモグラフィ

No.	新規/更新※1	購入予定の医療機器 種類またはグレード	共同利用の予定※2、3 （該当するものに○）	共同利用を行わない場合の理由※4
			行う・行わない	
			行う・行わない	
			行う・行わない	

※1「新規：新たな対象機器の購入(追加購入の場合を含む)」、「更新：既存の医療機器を買い替える場合」として記載してください。

※2 共同利用については、「画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合」を含みます。

※3 共同利用を行う場合は、医療機器の共同利用に係る計画(別添様式)を、購入する機器ごとに提出してください。

※4 共同利用を行わない場合、その理由について地域医療構想調整会議にて確認しますので、御記入ください。