**共同利用計画**

様式第２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院又は  診療所 | 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　メールアドレス | | | |
| 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 |  | | | |
| ※地域医療支援病院の場合は、以下の記載は不要とする。 | | | | | |
| 共同利用  の実施 | 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  (足りない場合は別紙を添付) | 名称 | 開設者の氏名又は名称 | 所在地 | 主たる診療科目 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |