

様式第 2

共 同 利 用 計 画

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 C T (64 列以上・16 列以上 64 列未満・16 列未満) その他の C T			
		M R I (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)			
		P E T ・ P E T C T			
		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 (C D . D V D) ・ 紙・その他 ()			