

様式第2

共 同 利 用 計 画

病院又は 診療所	名 称				
	所 在 地				
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			
		M R I (3テス以上・1.5テス以上3テス未満・1.5テス未満)			
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 連携先の病院又は診療所による機器使用</li> <li>・ 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</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>			
	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 ( )			