（ＣＴ・ＭＲＩ・ＰＥＴ・リニアック及びガンマナイフ・マンモグラフィ）用

令和　年　月　日

共同利用計画

住所：

　　　　名称：

　　　　代表者：

１　当該地域の共同利用の方針

　　地域内の効果的かつ効率的な医療機器の共同利用を目指す

２　共同利用の対象医療機関

３　共同利用の対象機器

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| 製造販売業者名 |  |
| 型式・型番 |  |

４　保守・整備等の実施

（１）医療安全管理責任者名：

（２）従業員に対する医療機器の安全使用のための研修

　　研修実施日（予定日）：令和　年　月　日（　　：　　～　　：　　）

　　　研修内容：

　　　出席者：　　名（　　名予定）

（３）保守点検をする予定時期、間隔、条件等

　　　令和　年　月

５　画像情報及び画像診断の提供に関する方針

６　共同利用を行わない場合の理由

※医療機器の概要（別紙）

※記載例

（ＣＴ・ＭＲＩ・ＰＥＴ・リニアック及びガンマナイフ・マンモグラフィ）用

令和　年　月　日

共同利用計画

住所：

　　　　名称：

　　　　代表者：

１　当該地域の共同利用の方針

　　地域内の効果的かつ効率的な医療機器の共同利用を目指す

２　共同利用の対象医療機関

○○○診療所、○○○医院、○○○クリニック

３　共同利用の対象機器

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| 製造販売業者名 |  |
| 型式・型番 |  |

４　保守・整備等の実施

（１）医療安全管理責任者名：

（２）従業員に対する医療機器の安全使用のための研修

　　研修実施日（予定日）：令和　年　月　日（○○：○○～○○：○○）

　　　研修内容：

　　　出席者：○○名（○○名予定）

（３）保守点検をする予定時期、間隔、条件等

　　　令和○年○月、○○○○○

５　画像情報及び画像診断の提供に関する方針

　　○○ネットワークによる情報提供、ＣＤ・ＤＶＤ等のデジタルデータによる情報提供、紙媒体による情報提供

６　共同利用を行わない場合の理由

※医療機器の概要（別紙）