**「医療機器の共同利用に関する意向」について（意向書）**

　　　　 令和　 　年 　　月　 　日

大阪府知事　様

医療機器の購入・更新にあたり共同利用の意向について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病　 　院  又　は  診 療 所 | （ふりがな）  医療機関名 | |  | | |
| 開設者氏名  （法人代表者） | |  | | |
| 所 在 地 | | 〒  ＴＥＬ　　（　　　）  E-mail | | |
| 購入する医療機器 | | | | | |
| 機器の種類 | | 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　放射線治療機器（リニアック及びガンマナイフ）  ５　マンモグラフィ | | | |
| 購入する医療機器の製作者及び形式 | |  | | | |
| 設　置　日 | | 令和　　年　　月　　日 | | 台　数 | 台 |
| 保守、整備の方針 | | 保守点検計画の策定（　有　　　　無　） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 購入機器の共同利用に関する意向について | |
| 共同利用の  意向の有無 | １　有　　　　　　　２　無  ※「有」と回答した場合は下記の質問にお進みください  ※「無」と回答した場合は、今後、どのような連携を考えているかお聞かせください。  （今後の連携の予定：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 共同利用の  方法 | １　紹介患者に対する検査・治療の実施  ２　共同利用の相手方の医師等が来院し、施設・設備を利用  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （画像情報・画像診断情報の提供方針）  　１　ネットワークを利用して提供　　 ２　デジタルデータ（CD等）で提供  ３　フィルムで提供　　　　　　　　 ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 共同利用の  相手 | 【複数回答可】  １　日頃から連携している医療機関　（病院　　　件、診療所　　　件）  ２　連携外の医療機関であっても、急患などの要望に応じている  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |