

【 記入例 】

「医療機器の共同利用に関する意向」について（意向書）

令和0年0月00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	いりょうほうじん〇〇かい 〇〇しんりょうしょ 医療法人〇〇会 〇〇診療所		
	開設者氏名 (法人代表者)	理事長 〇〇 〇〇		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府〇〇市〇〇1-2-3 おおさか〇〇クリニックビル 2F TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 E-mail 〇〇@pref.osaka.lg.jp		
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名及び形式	〇〇製作株式会社 XYZ-150CTX			
設 置 日	令和0年0月00日	台 数	1 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 5 件、診療所 20 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 ()			