

「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 ()			