「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（　　）