医療機器共同利用計画書

東京都知事　殿

　　年　　　月　　　日

住　所

提出者　氏　名

連絡先（電話）

（E-mail）

　以下の医療機器の設置にあたり、「東京都外来医療計画（令和２年３月策定）」に記載の共同利用方針を理解し、次のとおり提出します。

１．医療機関情報

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設者 |  |
| 管理者  （※法人が開設者の場合） |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者（所属・氏名） |  |

２．今回設置する医療機器について

|  |  |
| --- | --- |
| 新規購入又は更新 | □ 新規購入（ﾘｰｽ・ﾚﾝﾀﾙを含む）　　　□更新 |
| 機器種別 | □ ﾏﾙﾁｽﾗｲｽCT（ □64列以上　□16列以上64列未満 □16列未満 ）  □ 上記以外のCT |
| □ MRI（ □3ﾃｽﾗ以上　□1.5ﾃｽﾗ以上3ﾃｽﾗ未満　□1.5ﾃｽﾗ未満 ） |
| □ PET　　□ PET‐CT |
| □ 放射線治療装置  （ □リニアック　□ガンマナイフ　□その他（ 　　 　 　　　　 ）） |
| □ マンモグラフィ |
| メーカー及び型式 |  |
| 台 　　　数 | 台 |
| 設置年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

３．共同利用の実施について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 共同利用の方針 | □ 共同利用を行う　　　　□ 共同利用を行わない | | |
| （共同利用を行わない場合その理由） | | | |
| 共同利用に係る  規定の有無 | □ 有　　　□ 無 | | |
| 共同利用の方法 | □ 共同利用の相手方医療機関による機器利用  □ 共同利用の相手方医療機関からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 共同利用  の相手方  医療機関  （※） | 名　　　称 | 開　設　者 | 所　在　地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（※）適宜、行を追加することは可能

４．保守・整備等の実施方針について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保守・整備の  実施方針 | 保守点検計画  策定の有無 | □ 有　　　□ 無 |
| 保守点検予定（時期・間隔・方法 など） | |

５．画像情報及び画像診断情報に関する他の医療機関等への提供方針

|  |  |
| --- | --- |
| 画像情報及び  画像診断情報  の提供方針 | □ ネットワーク  □ デジタルデータ（ □CD　　□DVD ）  □ 紙媒体  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） |

御記入いただきました本様式は、メールに添付して下記メールアドレスまでご提出ください。

なお、御記入いただきました内容は、地域医療構想調整会議において確認のために使用し、他の目的には使用いたしません

【提出先】

東京都保健医療局医療政策部医療政策課保健医療計画担当

　　〒163－8001

新宿区西新宿2丁目8番1号　東京都庁第一本庁舎28階南側

電話番号：03-5320-4424、4425（ダイヤルイン）

E-mail：S1150401@section.metro.tokyo.jp