

記載例

医療機器稼働状況報告書

病院又は診療所	名称	●●病院（●●クリニック）			
	所在地	〇〇市△△町1-1			
共同利用対象医療機器	種別 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> マルチスライスCT (<input type="checkbox"/> 16列未満 <input checked="" type="checkbox"/> 16列以上64列未満 <input type="checkbox"/> 64列以上)			
		<input type="checkbox"/> その他のCT			
		<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 1.5テスラ未満 <input type="checkbox"/> 1.5テスラ以上3.0テスラ未満 <input type="checkbox"/> 3.0テスラ以上)			
		<input type="checkbox"/> PET			
		<input type="checkbox"/> PET-CT			
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 (<input type="checkbox"/> リニアック <input type="checkbox"/> ガンマナイフ)			
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
	メーカー	●●株式会社			
型式	ABC-123				
設置年月日	20●●年●月●日				
稼働状況 (該当するものに☑)	対象医療機器の保有台数	<input checked="" type="checkbox"/> 1台	<input type="checkbox"/> 2台	<input type="checkbox"/> 3台	<input type="checkbox"/> その他 (台)
	利用件数(※)	●●件 (月 ~ 月まで (ヶ月))			
	共同利用の実績の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

医療法第30条の18の2等に基づく
外来機能報告の内容に合わせる
形で記載してください。

(※) 利用件数については、前年度（4月1日から3月31日まで）に利用された件数を記入してください。
なお、前年度に通年での利用がない場合には、利用期間及び利用月数を () 内に記入してください。

稼働状況の対象となる医療機器について、共同利用計画を提出していない場合は、併せて提出をお願いします。