

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	○○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 (□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 (□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 (□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。（”外来における”算定件数を報告するものであり、入院や健診等の算定件数は含まれません。）

(※) 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。