

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 (□16列未満 <input checked="" type="checkbox"/> 16列以上64列未満 □64列以上)	
		<input type="checkbox"/> その他のCT	
		<input type="checkbox"/> MRI (□1.5テスラ未満 □1.5テスラ以上3.0テスラ未満 □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 □ガンマナイフ)	
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	
	メーカ	●●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。