別紙

医療機器稼働状況報告書（令和○年度分）

○　対象医療機関は、作成日と(1)～(8)を記入してください。

○　なお、(1)、(3)～(7)は、共同利用計画や外来機能報告を基に、県が把握している情報を記入していますので、内容が誤っている場合は、修正してください。

【作成日】 　令和　　年　　月　　日

【医療機関の情報】

|  |  |
| --- | --- |
| (1)医療機関名 |   |
| (2)担当者・連絡先 |  担当者： | 電話番号： |

【対象医療機器（※）】

|  |  |
| --- | --- |
| (3)種別 |  |
| (4)メーカー・型式 |  |
| (5)設置年月 |  |

 ※ 令和５年４月１日以降に新規購入（又は更新）した医療機器

【稼働状況】

|  |  |
| --- | --- |
| (6)対象医療機器の保有台数  | 台  |
| (7)利用件数（※） |  |
| (8)共同利用の実績の有無  | □あり　　　□なし |

※ 利用件数の報告は、外来機能報告による報告をもって替えることが可能