

大分県医療政策課医療計画班あて  
 (Fax:097-506-1734)

医療機器の保有状況等に関するアンケート調査票

住所  
 医療機関名  
 代表者名

担当者名  
 連絡先 電話  
 Mail

<医療機器の保有状況等>

医療機器	設置年月日	耐用年数	共同利用の実施
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

※令和元年12月1日時点で保有している医療機器について記載してください。

※対象とする医療機器は、以下のとおりです。

- ・CT
- ・MRI
- ・PET
- ・放射線治療(リニアック、ガンマナイフ、サイバーナイフ、RI)
- ・マンモグラフィ