

(公印省略)

医 政 第 1 3 3 2 号

令和 2 年 1 月 2 7 日

各医療機関の管理者 殿

大分県福祉保健部医療政策課長

医療機器の保有状況等に関するアンケート調査について (依頼)

医療行政の推進につきまして、平素から格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、本年度、地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応及び医療機器の効率的な活用を目的とした「大分県外来医療計画」を策定することとしています(別紙参照：大分県外来医療計画〈素案の概要〉)。

つきましては、計画の策定にあたり、現在の状況等を把握するため、標記の調査を行いますので、ご多忙中恐れ入りますが、下記のとおりアンケートにご協力いただくようお願いいたします。

記

- 1 アンケート内容：別紙
- 2 回 答 方 法：メールまたはFAX、郵送のいずれかにより、令和2年2月10日(月)までにご回答いただくようお願いいたします。
- 3 その他：アンケート調査の結果から、医療機器を保有する医療機関の一覧を作成し、県のホームページで公表する予定です。

(回答先)

〒870-8501

大分市大手町3丁目1番1号

大分県医療政策課 医療計画班 宛て

メール：a12620@pref.oita.lg.jp

FAX：097-506-1734

担当：医療計画班 河野

電話：097-506-2652

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	検査・治療実施 件数(件/年)
			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

※検査・治療実施件数は、H31年1月～R1年12月(1年間)の実施件数をご記入ください。

アンケート調査は以上です。ご協力ありがとうございました。