

記載例 (各病院の実状に応じて変更してください)

整理番号 ()

| | | | | | | |
|----|-----|-----|----------------|-----------------|------------------|-------------|
| 院長 | 副院長 | 事務長 | (放射線科 責任者等) | 医療機器安全 管理責任者 | 副医療機器安 全管理責任者 | 安全管理 担当者 |
| | | | | | | |

必要に応じて、院長等まで決裁を受ける(任意)。各病院の実状に応じて判断してください。

平成 年 月 日

〇〇病院長 殿

(医療機器安全管理責任者名)

(保守点検計画立案者名)

平成〇〇年度医療機器の保守点検計画について

医療法第6条の10及び医療法施行規則第1条の11第2項第3号の規定に基づき、下記の医療機器の保守点検に関する計画を策定、評価(見直し等)しましたので報告します。

記

国の通知上、必須項目は

- ①医療機器名
- ②製造販売業者名
- ③型式
- ④保守点検をする予定時期

間隔、条件等

となっているが、各医療機関で必要な項目を追加することが望ましい。

| | | | |
|------------------|---|-------------|------------|
| | CT 撮影装置 | | |
| | 〇〇社製、製品名〇〇・型式〇〇 | | |
| | 本館1階〇〇室 | | |
| | 平成 年 月 日 | 設置経過年数 | 10年 |
| | 施設で実施 ・ 外部委託 | | |
| | 委託会社名：〇〇メディカル(株) | | |
| | 連絡先・電話(担当者名) 仙台営業所 〇課 〇〇 TEL 022-000 | | |
| 保守点検の実施回数・間隔 | 年間 4 回、 間隔 (3ヶ月) に1回 | | |
| 保守点検をする予定の時期 | 回数 | 実施予定日 | 実施予定者 |
| | 第1回 | 平成25年 4月 1日 | 〇〇メディカル(株) |
| | 第2回 | 平成25年 7月 1日 | 〇〇メディカル(株) |
| | 第3回 | 平成25年10月 1日 | 〇〇メディカル(株) |
| | 第4回 | 平成26年 1月 1日 | 〇〇メディカル(株) |
| 第5回 | 平成 年 月 日 | | |
| 保守点検の条件等 | フルメンテナンス契約 (メーカー推奨点検一式：別紙契約書参照) | | |
| 前年度の保守点検の評価・見直し等 | 故障が頻発しているため、今年度から点検回数を増やすとともに、装置の更新を検討する。 | | |

〇〇病院〇〇部・科