

# 画像診断設備共同利用のご案内（医療機関用）

塩田病院では、他医療機関様との C T 、 M R I の画像診断設備共同利用を実施しております。

\* 造影や読影は共同利用では行っておりません。診療情報提供書にて患者様をご紹介下さい。

## 《お申込みの流れ》

- ①当院ホームページ内「受診について」ページ下部より「画像診断設備共同利用依頼書兼照射録」をダウンロードして下さい。「<https://www.shioda.or.jp/consultation/about>」
- ②手書きの場合はそのまま印刷し記入、パソコン入力の場合は入力後に印刷して下さい。  
「画像診断設備共同利用依頼書兼照射録」と「患者様へのご案内」が印刷されます。
- ③「画像診断設備共同利用依頼書兼照射録」を「F A X」又は「電子メール」にて送信して下さい。  
送信した原本と「患者様へのご案内」は、患者様経由で当院へご提示下さい。
- ④検査日時予約は基本的に患者様（ご家族様）より当院へお電話頂きます。  
予約日時が決定したら「患者様へのご案内」の予約日時欄に患者に記入して頂きます。
- ⑤患者様は検査予約日時 30 分前にご来院頂き受付し、検査を行います。  
検査結果を当日持ち帰りの場合は、患者様には検査後に待機願います。
- ⑥後日、検査料金のご請求書等を紹介元医療機関様へご郵送致します。

## 《料金》

C T (64 列)	8, 500 円 (税込: 9, 350 円)
M R I (1.5 テスラ)	12, 000 円 (税込: 13, 200 円)

## 《検査結果の報告方法及びご請求について》

以下よりお選びになり、依頼書に記入して下さい。

①「検査結果」及び「請求書」を紹介元医療機関様に郵送（通常 5 営業日以内）します。

②「検査結果」は当日に患者様が持ち帰り、「請求書」は 5 営業日以内に郵送します。

結果を患者様が持ち帰りの場合は、検査後お待ちいただく事をご説明下さい。

\* 通常 30 分程度ですが、最大 2 時間程かかる場合がございます。

※月に複数回ご依頼の場合は、月まとめ請求も可能ですので「外来請求」宛でご相談下さい。

## 《画像診断設備共同利用依頼書兼照射録について》

ホームページより印刷し必要事項をご記入下さい。「<https://www.shioda.or.jp/consultation/about>」

- ・原本は患者様経由で当院へご提示下さい。
- ・照射録となりますので、当院記載後に複写を請求書と一緒にご返送致します。  
依頼元医療機関様にて、必ず検査データと一緒に保管して下さい。
- ・パソコンで入力の場合、内容が判断できるのであれば、取消線や不要部削除等、編集方法は問いませんので入力しやすい方法で修正して頂いて問題ございません。
- ・本書に症状や治療経過等をご記載いただいた場合、貴院にて「診療情報提供書」の算定が可能です。

## ①紹介元医療機関情報

医療機関名 : 貴院の医療機関名をご記入下さい。  
担当医師氏名 : 照射録となりますので必ず医師名をご記入下さい。  
担当者氏名・部署 : 問合せの際に、担当医師とは別のご担当者となる場合にご記入下さい。  
以後のやり取りは、記載された担当者様と行います。  
結果報告方法 : 検査結果のお渡し方法を選択し、患者様にもご説明下さい。

## ②禁忌事項

記載されている禁忌事項に該当する患者様には検査を実施出来ません。  
禁忌事項の詳細につきましては「放射線科」までお問い合わせください。

## ③検査内容

CT・MRIの何れかを選択して下さい。  
CTをご希望の際は、被ばくリスクについて患者様へご説明をお願い致します。  
患者様より同意が得られましたら、□に✓をして下さい。  
検査部位、条件等をご記載にあたり、枠内に収まらない場合は、用紙・様式は問いませんので別紙に追記をして、添付して下さい。  
検査方法等の詳細につきまして不明点等ございましたら「放射線科」までご連絡下さい。

## ④患者情報

患者様の情報をご記入下さい。  
塩田病院の受診歴や診察券番号は分かる範囲でご記入下さい。

## ⑤症状・治療経過及び処方等の診療情報

省略可能ですが、記載することで診療情報提供書として貴院にて算定出来ます。

## ⑥ご記入が終わったら

FAX : 0470-73-1224、info@shioda.or.jp 何れかへご送信下さい。  
\* FAX の場合は送り状等不要です。  
お手数ですが、送信の際は、「受付宛」でご一報いただけますと幸いです。

## 《患者様へのご案内、検査日予約について》

患者様へのご案内を患者様へお渡し頂き、当日持参するようにお伝えください。  
検査日予約は「画像診断設備共同利用依頼書兼照射録」を送信後にお願いいたします。  
ご予約は基本的には患者様ご自身又はご家族に、お電話にてお願いしております。  
ご予約の際は「患者様へのご案内」がお手元にある状態で行うように患者様へお伝えください。  
ご予約いただいた日時を「患者様へのご案内」の予約日時欄に患者様に記載して頂きます。  
紹介元医療機関様が間に入り、予約調整をして頂いても問題ございません。  
当日の「持参物」「注意事項」が記載されておりますので、患者様へご確認下さい。

## 《患者様にお渡し頂きたい物》

- ・画像診断設備共同利用依頼書兼照射録の原本
- ・患者様へのご案内
- ・その他別途資料等ございましたらお渡しください

## 《紹介元医療機関様での保険請求について》

検査後の貴機関での診察時に、患者様へ保険診療にてレセプト請求をして下さい。

当院の施設基準点数「撮影料」「電子画像管理加算」「診断料」が算定出来ます。

また「症状・治療経過及び処方等の診療情報欄」に記載頂いた場合は「診療情報提供書」の算定が可能です。

**【施設基準】** CT 16列以上 64列未満のマルチスライス型 900点「E200 1 口」  
MR I 1.5テスラ以上 3テスラ未満の機器 1,330点「E202 2」  
電子画像管理加算 120点「コンピュータ-断層撮影診断料 通則3」  
コンピューター断層診断 450点「E203」

## 《ご連絡先・申込書送付先》

〒299-5235 千葉県勝浦市出水 1221番地 医療法人 S H I O D A 塩田病院

検査予約、検査等に関する事 : 放射線科

請求書、請求方法等に関する事 : 医事課 外来請求

電話 : 0470-73-1221 (代表) FAX : 0470-73-1224

メール : [info@shioda.or.jp](mailto:info@shioda.or.jp) ホームページ : <https://shioda.or.jp>