

医療機器共同利用についてのご案内（診察を含まない利用の場合）
（CT、MRI、マンモグラフィ、超音波、内視鏡）

当院では、CT、MRI、超音波等の検査について、検査のみを実施させていただく医療機器の共同利用を行っております。（当院医師の診察はありません。）

医療機器共同利用は、事前に当院との契約が必要となります。

医療機器共同利用の流れ

1. 電話にてご予約をお願いいたします。
（ア）CT、MRI、マンモグラフィ：045-902-0018（放射線科直通）
（イ）超音波：045-903-7102（地域連携室直通）
（ウ）内視鏡：045-902-0001代
2. 患者様に健康保険証、診療情報提供書を持参していただきます。
3. 検査結果は、郵送にてお届けします。（CD-Rは、当日患者様へお渡しします。）
4. 当院より撮影料（読影ご希望の場合は読影料がございます）を請求いたします。
5. レセプトにて撮影料、判断料の請求をお願いいたします。

撮影料・読影料について

1. 共同利用料は、診療報酬点数に基づき実費にて請求させていただきます。
※当院の放射線科専門医による読影を希望される場合は、読影料として 3,000 円をご負担いただきます。
※当院からの共同利用料は、貴院よりレセプト請求、患者負担分請求をお願いいたします。
※診療報酬改定時に金額の変更がある場合があります。
【CT】 9,000 円 【MRI】 13,300 円
【MMG】 2,020 円
【胸腹部超音波】 5,300 円 【頸動脈、下肢静脈、動脈超音波】 5,500 円
【心臓超音波】 8,800 円 【乳腺、体表、甲状腺超音波】 3,500 円
【CD-R】 540 円 【DVD】 1,080 円
【MMG フィルム代】 1 枚 600 円
2. 造影剤使用撮影は、検査のみのご利用はできません。診察を含めたご利用となりますので、ご了承ください。

医療機器共同利用にかかる契約についてのお問い合わせ
地域連携室 045-903-7102代

医療機器共同利用委託契約書

委託者 _____ (以下「甲」という。)と受託者 医療法人社団緑成会 横浜総合病院 (以下「乙」という。)とは、検査の委託に関し、次の通り契約を締結する。

(目的)

第1条 地域の医療機関との連携を図り医療機器を共同利用することで、地域におけるニーズに対応することを目的とする。

(概要)

第2条 検査の委託契約内容は、次の各号によるものとする。

1. 甲は、検査の実施について乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。
2. 甲は、検査の実施に当たり検査日時の予約をとり、患者に説明を行う。
3. 乙は、受託した検査を行い、その画像データ等を甲に渡す。

(委託検査の種類)

第3条 委託検査の種類は次の通りとする。

1. CT撮影
2. MRI撮影
3. マンモグラフィ撮影
4. 超音波撮影

(契約期間)

第4条 この契約による委託期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとする。また、この契約の有効期間満了前、1ヶ月までに契約当事者のいずれの一方からも、この契約の改定等について何等かの意思表示がないときは、有効期間満了の日の翌日から更に1年間この契約を更新されるものとし、以後も同様とする。

(検査料金)

第5条 この契約に係る検査料金は「医療機器共同利用についてのご案内」の通りとする。なお、撮影料は診療報酬点数1点を10円として計算する。

(検査結果の疑義)

第6条 検査結果に疑義がある場合は、次の各号により処理するものとする。

1. 甲は、検査結果受領後7日以内にその内容を乙に通知しなければならない。
2. 乙は、前号の通知を受けた時は、甲と協議のうえ、再検査、その他適切な処理をしなければならない。

(契約の解除)

第7条 甲又は乙は、次のことに該当するときはこの契約を解除することができる。

1. 甲又は乙がこの契約に違反したとき
2. 乙において、受託業務の遂行が著しく困難になったとき
3. 健康保険法の改正により委託業務が困難になったとき

(検査実施中の事故責任)

第8条 検査実施中（開始から終了まで）に不慮の事故が生じた場合は、乙の責任において対処するものとする。

(検査料金の請求)

第9条 乙は、検査が完了したものについて、甲に請求するものとし、甲は、請求書を受理した月の翌月末日までに乙の指定する口座に振り込むものとする。

(個人情報)

第10条 乙は、本契約に基づいて検査を実施するために知り得た患者の個人情報について、検査目的以外に使用しないものとする。もし、乙により個人情報が漏洩した場合は、乙はその責任を負うものとする。

第11条 この契約について疑義が生じた場合及びこの契約に定めのない事項については、その都度甲・乙協議のうえ解決するものとする。

上記の契約を証するため本契約書を2通作成し、甲乙記名捺印のうえ各自1通を保持する。

平成 年 月 日

甲

住所

医療機関名

代表者氏名

印

乙

神奈川県横浜市青葉区鉄町 2201-5
医療法人社団緑成会 横浜総合病院
院長 平元 周