

「放射線撮影申込依頼フロー図(単純撮影:撮影のみ)」

※撮影室の空き状況や医師の都合により、予約を受け付けできない日がありますのでご了承ください。

依頼元医療機関

大船渡病院

別紙「画像撮影・診断申込書」を大船渡病院地域医療福祉連携室へFAX(0192-27-7170)していただきます。
また撮影する内容により下記のとおり対応をお願いします。

【MRI】

MRI検査チェック表(記入後大船渡病院へFAX)
MRI検査依頼票(記入後患者さんが撮影日当日に大船渡病院へ持参)
MRI検査を受けられる方へ(患者さんへ交付)

【CT】

CT検査票(記入後患者さんが撮影日当日に大船渡病院へ持参)
※申込書等記入漏れにご注意願います。

送付した予約票は内容を確認いただき、予約患者さんに予約票を配布願います。

依頼元医療機関様でCD-R及び請求内容を確認していただきます。
お支払いは請求書記載の納付期限までにお支払い願います。

※紹介元医療機関様におかれましては、大船渡病院から送付した請求明細書に基づき、保険請求の実施をお願いします。

画像診断申込書等をFAXする



予約票をFAXする



患者さんの来院



CD-R、請求書等の書類を送付



地域医療福祉連携室で診療放射線技術科と日程を調整し、予約票を当日中に紹介元医療機関様に返送いたします。

患者さん来院。
直接、診療放射線技術科へお越しください。依頼内容を確認し撮影を実施します。

撮影後、患者さんは**支払いをせず**にご帰宅いただけます。診療放射線技術科では撮影内容を保存したCD-Rを作成します。
地域医療福祉連携室からCD-Rと撮影に係る請求書等を依頼元医療機関様に送付します。

【注】

- ①紹介元医療機関様におかれましては、紹介患者さんへ「大船渡病院における画像診断に係る費用は撮影当日にお支払いいただく、後日紹介元医療機関から患者さんあて請求する」旨をご説明願います。
- ②当院から紹介元医療機関様に請求する画像診断に係る費用は、岩手県医療局利用料規則第2条第5項により、「医科点数表により算定した点数の100分の90に相当する点数に100分の108を乗じて得た点数に10円を乗じた額」を請求することとなります。

【送付先】

岩手県立大船渡病院地域医療福祉連携室
FAX 0192-27-7170