

読影の利用方法について

受付日時 : 平日 8時30分 ~ 17時00分

《 依頼の流れ 》

- ① 利用者は、当センター放射線科医へメール、もしくは、電話連絡をする。
また、必要書類をご提出ください。ホームページから『読影利用申込書』をダウンロードし、読影申込書と紹介状（病歴など）に必要事項を記入し、画像データ（CD）などと一緒にメールまたは地域医療連携室宛にご郵送ください。
・メール（放射線科医専用） dokueii@kcmc.jp
・電話 045-711-2351 代表番号より放射線科医へ連絡
・必要書類のダウンロード先：
<http://kcmc.kanagawa-pho.jp/department/cooperation.html>
- ② 結果ができ次第、画像診断実施報告書をご郵送いたします。
また、医事課より請求書をご郵送いたします。
- ③ 書類到着後、請求額のお振込みをお願いいたします。

費用 : 当センターから依頼元の医療機関にご請求いたします。

【 請求金額 】 7,560円（1件につき）

内訳	（診療報酬点数による）
診療情報提供料	250点
コンピューター断層診断	450点
合計点数	700点

- * 保険診療点数が変更になったときは、変わります。
- * 消費税率が変更になったときは、変わります。

申請書類 : 読影利用申込書
診療情報提供書（紹介状）

検査結果 : 後日、画像診断実施報告書によりご郵送いたします。

問い合わせ先
〒232-8555 横浜市南区六ッ川2-138-4
神奈川県立こども医療センター
地域医療連携室
TEL 045-711-2351 内線 3160・3126

様式

平成 年 月 日

読影申込書

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立こども医療センター総長 様

申請者 住 所

医療機関名

医 師 名

印

電 話 番 号

下記の患者の読影について申し込みます。

記

患者氏名		生年月日	
年齢		性別	
住 所			
保護者名		電話番号	

紹介状（診療情報提供書）

神奈川県立こども医療センター 行

下記のとおり紹介します。

年 月 日

医療機関名.....科

所在地 〒 () 電話 (- -)

医師名.....印

受診希望科（下記に○をつけてください。複数診療科の受診の場合は日時が異なることがあります。）

総合診療科、救急診療科、集中治療科、感染免疫科、血液・再生医療科、アレルギー科、新生児科、
腎臓内科、遺伝科、内分泌代謝科、神経内科、循環器内科、児童・思春期精神科、外科、整形外科、
リハビリテーション科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、母性内科、眼
科、耳鼻いんこう科、放射線科、歯科、言語聴覚室（発達支援科） 受診希望医師名.....

フリガナ
患者氏名.....様（男・女） 昭・平.....年.....月

日生

この方は当センターを既に受診されたことがありますか 有（わかりましたら診察券の病歴番号）
無 No.....

保護者氏名.....様

住 所 〒 (-).....電 話 (- -).....

(区) (町)

市 町

(アパート・マンション等の名称)

棟 号(番)

紹介目的、主訴、主症状、疾患名等

経過（症状・治療）、検査結果、現在の処方等

備考 ① できれば画像診断のフィルム、検査等の情報をご提供ください。

② 紹介状は原則として郵送してください。緊急の場合は、診察をした医師から当センターの該当診療科医師あ
てに電話でご連絡ください。 ※電話番号（代表）045-711-2351

③ 患者様（保護者）のご了解があれば、ファクシミリにても受け付けております。地域医療連携室 FAX 045
-710-1933へお送りください。この場合、紹介状の原本は、受診日当日に患者様がお持ちいただきますようお
願いします。