

## 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](mailto: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）

<b>内訳</b>	（診療報酬点数による）
診療情報提供料	250点
<u>コンピューター断層診断</u>	<u>450点</u>
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

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.....

<sup>フリガナ</sup>  
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。