

診断・検査機器の利用方法について

受付日時 : 平日の8時30分から17時00分まで

《 受診の流れ 》

- ① 診断機器利用申込書および紹介状の送付（郵送またはFAX）
必ず、検査について申込書内のコメントをしてください。
- ② 院内で受診日の調整後、患者様へ検査日のご案内（郵送または電話連絡）
- ③ 院内で担当医から検査オーダー
- ④ 患者様は予約日に検査
- ⑤ 後日、読影結果報告（CT、MRI、超音波、核医学）（郵送）
*上記以外の結果は、血液検査、尿検査、胸部レントゲン、心電図など（術前検査）は結果のみの報告になります。

費用 : 窓口で清算していただきます。（保険請求）

【 請求金額の目安 】

MRI 単純撮影 約8,000円～10,000円

MRI 造影剤撮影 約12,000円～15,000円

CT 単純撮影 約7,000円

CT 造影剤撮影 約11,000円～14,000円

US }
RI } 検査料金は、医事課までお問い合わせください。

* 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。

お願い : 診断機器の利用について、診察は行っておりません。

検査日は機器の空き状況によりますので検査日までに日数がかかる場合があります。

申請書類 : ① 登録医療機関申請書（登録されている場合は不要）

② 診断機器利用申込書（様式3）

③ 紹介状（診療情報提供書）（参考様式）

*紹介状の内容が同じであれば貴院で使用中のものでも結構です。

検査結果 : CT、MRI、超音波、核医学検査は、読影して結果報告します。

CT、MRI、超音波、核医学検査以外は、検査結果のみ報告します。

問い合わせ先

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

年 月 日

診断機器利用申込書

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

下記の診断機器の利用について申し込みます。

(診療情報提供書(紹介状)のご提出もお願いします。)

記

1. 希望の画像にチェックをしてください。

※こちらの判断で検査の変更をさせていただく場合があります。

CT MRI 超音波 核医学

下記の項目に該当する箇所へチェックをしてください。

(1) 検査の形

ア 造影剤の使用 (希望 不要)

イ 検査の際の鎮静 (要 不要)

※どのような方法で行うかは担当医が決定します。

(2) 来院の形

患者とその家族のみでの来院

依頼した医療機関の医師、看護婦が同伴して来院

2. その他 ()

紹介状（診療情報提供書）

提出用

神奈川県立子ども医療センター 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.....

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

(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、ファクシミリにで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いたします。