

## 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、医事課より覚書2通とご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 】 7,700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。

問合せ先

〒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