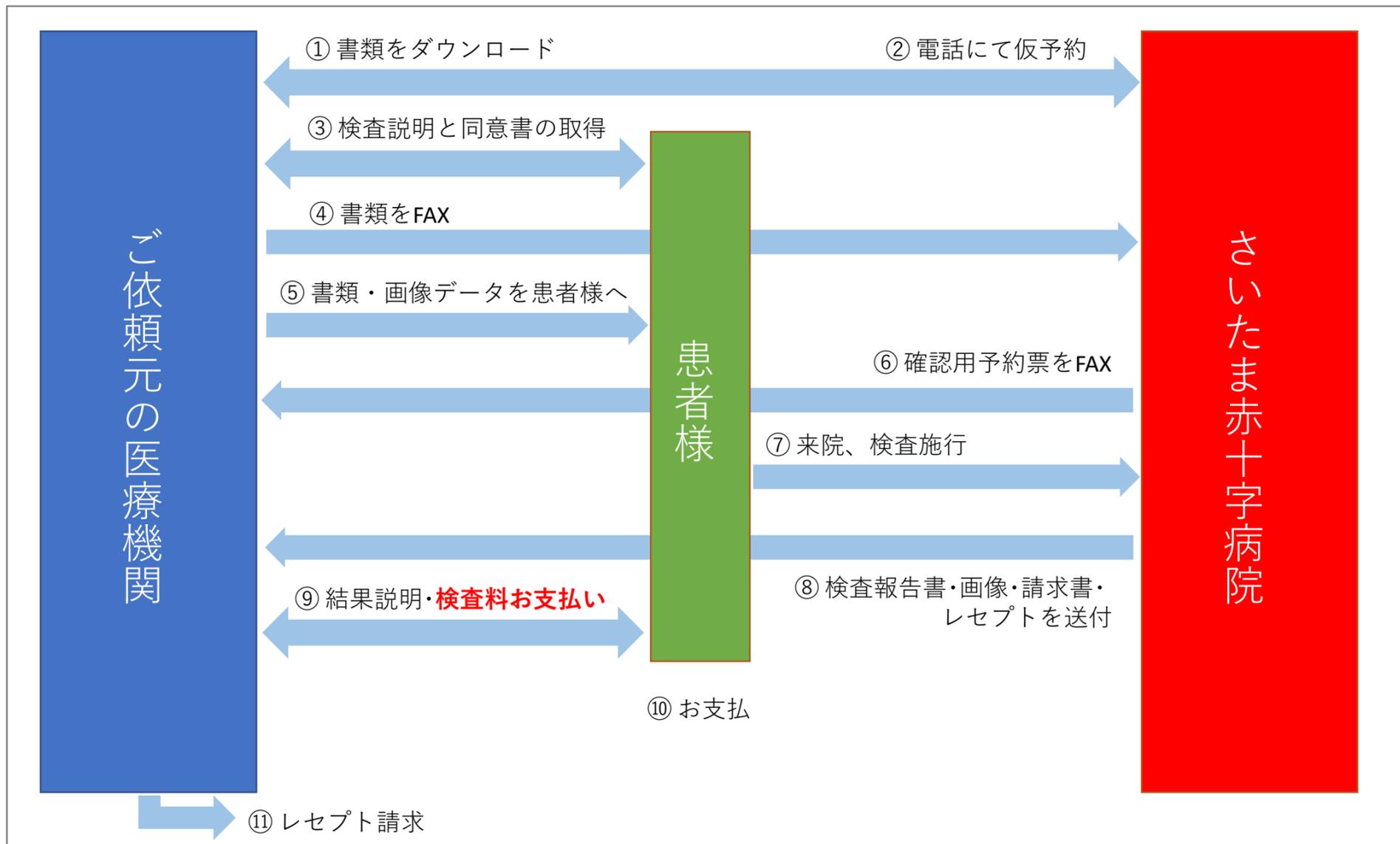


# ご依頼から検査結果報告までの流れ



① 医療機器共同利用(核医学検査)申込書 兼 診療情報提供書(a) と医療機器共同利用(核医学検査)説明書・検査同意書・予約票(b)をダウンロードしてください。

② 貴院より当院 核医学検査室へお電話ください。必要項目をお伺いし、検査日時をお伝えします。

電話番号	048-852-1111 (病院代表)	20043 (内線)
------	---------------------	------------

ダウンロードした (a)と(b) にお伝えしました日時を記入してください。

③ ダウンロードした検査説明書をもとに、貴院にて患者様に検査説明をお願いします。あわせて検査同意書の取得もお願いします。

④ 電話にてお伝えした日付と必要事項を記入した (a)と(b) を、当院 医療連携課までFAXにてお送りください。

FAX番号	048-852-1132 (医療連携課直通)
-------	------------------------

⑤ 必要事項を記入した(a)と(b) の原本を患者様にお渡しください。  
(PET/CT検査は画像データも**必ず**ご提供ください)

⑥ 当院 医療連携課にて書類を確認し、後日確認用の予約票をFAXにて貴院へ送付します。

⑦ 検査当日は当院2階総合受付3番窓口にて、(a)と(b) の原本および画像データをご提出ください。核医学検査室にて検査施行後、ご帰宅いただきます。

患者様に以下の書類をお持ちいただくようご案内ください。

### ◆ 医療機関にてご用意いただくもの

- ・検査申込書 兼 診療情報提供書 (原本)
- ・検査予約票
- ・検査説明・同意書 (原本)
- ・事前に撮影されたCT・MRIの画像データや検査データ

### ◆ 患者様にご用意いただくもの

- ・健康保険証・医療券 (お持ちの方)
- ・マイナンバーカード (健康保険証)

⑧ 当院 放射線診断医が検査報告書を作成し、検査画像及び請求書・レセプトを原則10日以内 (休診日を除く) に貴院へ送付します。貴院にてレセプトの摘要欄に「画診共同」と記載し、診療報酬の算定及び診療報酬請求を行ってください。

⑨ 貴院にて検査結果説明を行ってください。また、検査料の自己負担分の徴収をお願いします。

⑩ 1ヶ月以内に当院指定の銀行口座にお支払をお願いします。

**※ 検査日の前営業日15時以降の患者様側の事由による検査キャンセルの場合は、再使用できなくなった薬剤費を患者様にご負担いただきますのでご了承ください。**