

# 依頼検査のお知らせ

メイトウホスピタルでは  
依頼検査を広く行うこととなりました。  
地域包括を検査から参加する仕組みを考えましたので、ご提案申し上げます。

## 【検査項目】

単純 CT、レントゲン（胸部、腹部共に正面像のみ）

### 1. 電話 1 本で予約可能

放射線科へ直接予約をして頂くので、空き時間が直ぐに分かり患者様をお待たせしません。

### 2. スムーズな検査

予約の為、準備万全でお待ちしております。

### 3. 即日画像のお渡し

画像再構成後、CD 作成をして患者様にお渡しします。次回診察に画像を確認できます。

### 4. お会計無し

貴院で保険請求して頂きます。患者様の検査時の手間が省けます。

### 5. 詳細な読影レポート

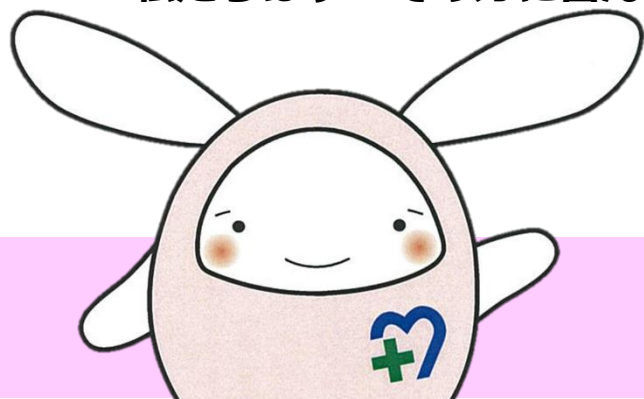
専門医による詳細な読影を致します。目的以外もスクリーニング致します。

### 6. 料金はカンタン 1 検査単位！

安心の 1 検査請求。月末締めにて、一括請求いたします。

詳細は電話にてお尋ね下さい。

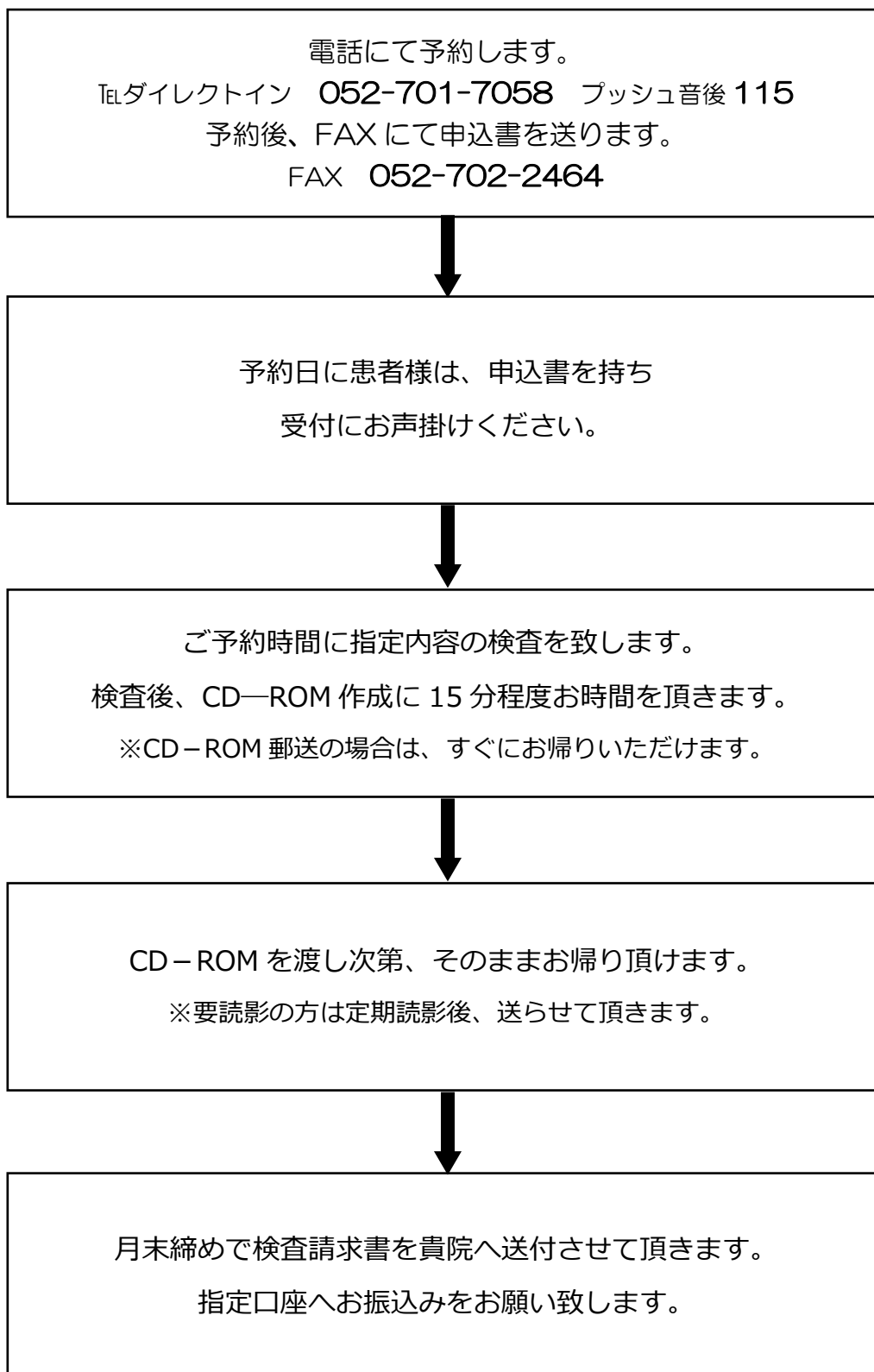
『私たちはすべての方に喜んでいただけるヘルスケアを提供します。』



医療法人香徳会 メイトウホスピタル 放射線科

電話 052-701-7058 プッシュ音後内線 115

## 一般撮影・CT 依頼検査の流れ



## 依頼検査料金表

	撮影料	読影料	料金合計
CT 撮影（単純）	9,000 円		9,000 円
CT 撮影（単純） <u>読影有り</u>	9,000 円	4,500 円	13,500 円
X-P（胸部）	680 円		680 円
X-P（腹部）	680 円		680 円

- ・表の金額は一検査当たりの金額です。消費税を含みます。
- ・CT 撮影は単純のみとさせていただきます。造影が必要な場合は当院を受診して下さい。
- ・X-P 胸部・腹部共に正面のみとさせていただきます。
- ・読影は CT のみとさせていただきます。（読影日 毎週金曜日午後 祝日等変更有り）
- ・CD-ROM 作成費用、読影レポート送料を含みます。

※保険請求される際、コメント欄に「画診共同」と入れてください。

# 検査のご予約

## <検査日>

火曜日・木曜日の 14:30～16:00

※ 他の時間帯をご希望の場合はご相談下さい。外来診療時は混みあう可能性がありますのでご了承下さい。

## <連絡先>

TELダイレクトイン 052-701-7058 プッシュ音後 115

FAX 052-702-2464

## <予約時確認事項>

名前・生年月日・性別・当院への受診歴の有無・検査希望日時・

撮影モダリティ・検査部位・CT 読影の有無・検査申込書を事前 FAX 送信の有無

※ 電話予約後に検査申込書を送って頂けると、検査当日に患者様をお待たせする時間が 15 分ほど早くなります。

## <検査当日に必要なもの>

初めて当院にかかる方 ・ ・ ・ CT・X-P 検査申込書

2 回目以降の方 ・ ・ ・ CT・X-P 検査申込書・メイトウホスピタル診察券

# 読影レポート送付

## <レターパックライト（日本郵便）>

- ・ 読影日翌日に読影レポートを送ります。
- ・ お届けに数日かかります。

## <FAX>

- ・ 読影日当日に指定の FAX 番号へ読影レポートを送ります。
- ・ 確認のため、受け取りのご連絡を頂きます。（FAX 返信・メール・電話）

## <E メール>

- ・ 読影日当日に指定のメールアドレスに PDF 形式にて送らせて頂きます。

※形式は PDF のみです。

- ・ 確認のため、受け取りのご連絡を頂きます。（メッセージ開封メール・受け取り  
確認のメール・FAX・電話）

下記のアドレスまで空メールをお願いいたします。登録後、確認メールを送らせて頂きます。

[rt-beam@meitoh-hsp.or.jp](mailto:rt-beam@meitoh-hsp.or.jp)

PDF ファイルを開く際はパスワードが必要になります。メールにて送らせて頂きます。

# CT・X-P 検査申込書

※ 申込書は当日必要ですので、お忘れの無いようお願いいたします。

検査予定日時 年 月 日 AM PM : 予定	ふりがな					
	名前	様 男・女				
	生年月日	年 月 日 歳				
検査部位 X-P <input type="checkbox"/> 胸部（正面） <input type="checkbox"/> 腹部（正面） 単純 CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部（肝・胆・膵） <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
施設名 _____ 検査目的（診断名・病歴等）	医師 _____	<table border="1"> <tr> <td>読影依頼</td> <td>画像CD</td> </tr> <tr> <td>要・否</td> <td>患者様へお渡し ・郵送</td> </tr> </table>	読影依頼	画像CD	要・否	患者様へお渡し ・郵送
読影依頼	画像CD					
要・否	患者様へお渡し ・郵送					

Telダイレクトイン：052-701-7058 プッシュ音後 115

FAX：052-702-2464