

医療機器（CT）共同利用契約書

委託医療機関 _____（以下「甲」という）と
医療法人社団光恵会芝西医院（以下「乙」）において次の通り契約を締結する。

第一条 地域の医療機関との連携を図り当院の医療機器を共同利用することで、地域におけるニーズに対応することを目的とする。但し、造影検査は行わないものとする。
同意書の書式は乙の所定の用紙を使用する。

第二条 甲は、検査の実施に当たり検査日時予約を取り、患者に説明を行う。乙は画像診断撮影検査を行い、その画像データを甲に渡す。

第三条 前条により乙が実施した画像診断撮影業務について、乙が甲に請求する利用料（検査料）は下記の通りである。変更がある場合には事前に乙より甲に通知するものとする。

CT 利用料（検査料・CD-ROM 送料を含む）： 11,220 円/件（税込み）

甲においては、下記の保険請求が可能となりますが、レセプトの摘要欄には「芝西医院との面診共同」のコメントが必要です。（以下、算定例）

- ・コンピューター断層撮影 900 点
（同一月に 2 回行った場合、2 回目以降は一連につき 80/100 で算定）
- ・電子画像管理加算 120 点
（画像を電子化して管理および保存した場合）
- ・コンピューター断層診断料 450 点
（月 1 回に限り算定できます）

第四条 乙は前条により算定した利用料を月締めにて請求し、甲は翌月末日までに乙の指定する口座に振り込むものとする。

第五条 この契約の期間は _____ 年 _____ 月 _____ 日より 1 年間とする。また、期間満了 1 カ月前までに双方からの契約終了の申し入れがない限り、本契約は自動更新されるものとする。

第六条 検査実施中（開始から終了まで）に不慮の事故が生じた場合は乙の責任にて対処するものとする。

第七条 この契約に疑義が生じた場合及びこの契約に定めない事項については、その都度甲乙協議のうえ解決するものとする。

年 月 日

甲 住所
医療機関名
院長名 印

乙 住所 埼玉県川口市芝西 2-30-6
医療機関名 医療法人社団光恵会 芝西医院
院長名 藤澤 貴興 印

医療機器（CT）共同利用契約書

委託医療機関 _____（以下「甲」という）と
医療法人社団光恵会芝西医院（以下「乙」）において次の通り契約を締結する。

第一条 地域の医療機関との連携を図り当院の医療機器を共同利用することで、地域におけるニーズに対応することを目的とする。但し、造影検査は行わないものとする。
同意書の書式は乙の所定の用紙を使用する。

第二条 甲は、検査の実施に当たり検査日時の手配を取り、患者に説明を行う。乙は画像診断撮影検査を行い、その画像データを甲に渡す。

第三条 前条により乙が実施した画像診断撮影業務について、乙が甲に請求する利用料（検査料）は下記の通りである。変更がある場合には事前に乙より甲に通知するものとする。

CT 利用料（検査料・CD-ROM 送料を含む）： 11,220 円/件（税込み）

甲においては、下記の保険請求が可能となりますが、レセプトの摘要欄には「芝西医院との面診共同」のコメントが必要です。（以下、算定例）

- ・コンピューター断層撮影 900 点
（同一月に 2 回行った場合、2 回目以降は一連につき 80/100 で算定）
- ・電子画像管理加算 120 点
（画像を電子化して管理および保存した場合）
- ・コンピューター断層診断料 450 点
（月 1 回に限り算定できます）

第四条 乙は前条により算定した利用料を月締めにて請求し、甲は翌月末日までに乙の指定する口座に振り込むものとする。

第五条 この契約の期間は _____ 年 _____ 月 _____ 日より 1 年間とする。また、期間満了 1 ヶ月前までに双方からの契約終了の申し入れがない限り、本契約は自動更新されるものとする。

第六条 検査実施中（開始から終了まで）に不慮の事故が生じた場合は乙の責任にて対処するものとする。

第七条 この契約に疑義が生じた場合及びこの契約に定めない事項については、その都度甲乙協議のうえ解決するものとする。

年 月 日

甲 住所
医療機関名
院長名 印

乙 住所 埼玉県川口市芝西 2-30-6
医療機関名 医療法人社団光恵会 芝西医院
院長名 藤澤 貴興 印