

MRI共同利用契約書

委託者 _____（以下「甲」という。）と受託者 社会医療法人社団大成会
武南病院附属クリニック（以下「乙」という。）とは、検査の委託に関し、次の通り契約を締結する。

第1条 地域の医療機関との連携を図り医療機器を共同利用することで、地域における医療連携をすすめることを目的とする。

第2条 乙が実施する検査等とその利用料は、次の各号に掲げるとおりとする。ただし、造影検査は行わないものとする。

(1) MRI(1.5T)

金額	11,600円(税込)		
明細	MRI撮影	10,640円	(単純撮影における保険点数は1,330点)
	電子画像管理加算	960円	(保険点数は120点)

(2) 読影料

金額	3,500円(税込)
----	------------

※レセプトの摘要欄の「画診共同」のコメントが必要です。

第3条 乙が実施した撮影業務(読影料は除く)について、乙は甲に請求する費用の額は健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法に定める所定点数(診療報酬の8割)として算定した額とする。

第4条 甲は、第2条の検査等を希望する場合、乙に検査日時の予約を取り、その際患者に説明を行う。
検査等に関する依頼書・MRI検査チェックリストは、乙所定の用紙を使用するものとする。

- ① 乙は検査等を実施し、その画像データを甲または受診者様に渡す。
- ② 読影を希望の場合は、後日、乙は甲に読影結果を郵送する。

第5条 乙は第2条により算定した利用料(読影料)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6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か月前までに甲乙双方から契約終了の申し入れがない限り、この契約は自動更新されたものとする。

第7条 検査等の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8条 この契約に疑義が生じた場合及び定めが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
代 表 者 名

印

乙 住 所 埼玉県川口市東本郷1432
医療機関名 社会医療法人社団大成会 武南病院附属クリニック
代 表 者 名 理事長 山中 明彦

印