

# 医療機器共同利用委託契約書

（以下「甲」という。）と医療法人友愛会盛岡友愛病院（以下「乙」という。）は、甲が乙に対し検査用医療機器の共同利用を委託するにあたり、次の通り契約を締結する。

## （目的）

第1条 本契約は、地域の医療機関の連携を図り、医療機器を共同利用することで、地域における医療ニーズに対応することを目的として締結する。

## （概要）

第2条 甲と乙は、以下の各号にしたがって検査用医療機器の共同利用を行うものとする。

1. 甲は、検査の実施について乙に委託し、乙はこれを受託する。
2. 甲は、乙に検査を依頼する際、甲の患者の氏名・性別・生年月日・検査内容・検査希望日等を乙に伝える。
3. 乙は、前項の依頼を受けたときは、検査日程の調整を図り、甲にその結果を連絡する。
4. 甲は、調整の結果を患者に伝え、合わせて検査実施上の注意点など 患者に必要な説明を行う。
5. 乙は、依頼に基づき検査を行い、その結果を速やかに甲に報告する。

## （検査の内容）

第3条 甲が乙に委託する検査の種類は次の通りとする。

1. CT撮影
2. MRI撮影
3. 骨密度検査
4. 上記1から3の検査に付随する結果または読影レポート

## （費用）

第4条 本契約に基づく料金は、別紙「医療機器共同利用料金表」の通りとし、乙は甲に対しそれ以外の費用は請求しないものとする。なお、当該検査に関し、甲が行う診療報酬請求に対し減額査定された場合においても、甲乙間にて検査料金の減額は行わないものとする。

## （費用の請求）

第5条 乙は、完了した検査の費用について甲に請求するものとし、甲は、請求月の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。

## （賠償責任）

第6条 乙が実施する検査中に発生した不慮の事故に関しては、乙の責任において対処するものとする。

(検査結果の疑義)

第7条 検査結果に疑義がある場合は、次の各号により処理するものとする。

1. 甲は、検査結果受領後7日以内に疑義の内容を乙に通知しなければならない。
2. 乙は、前号の通知を受けたときは、甲と協議のうえ、再検査等の適切な処理をしなければならない。

(契約の解除)

第8条 甲または乙は、次のいずれかの事由に該当するときは、何らの催告をせずしてこの契約を解除することができる。

1. 本契約の条項に違反したとき
2. 第三者から強制執行を受けたとき
3. 破産・民事再生または会社更生等の申立をし、もしくは受けたとき
4. 信用状態の悪化その他契約の解除につき相当の事由が認められるとき

(契約期間)

第9条 本契約の有効期間は、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日までとする。

2. ただし、期間満了の3ヶ月までに甲乙双方から何ら申出のないときは、有効期間満了の翌日から自動的に1年間更新されるものとし、以後も同様とする。

(個人情報の保護)

第10条 乙は、本契約に基づいて検査を実施するために知り得た患者の個人情報については厳重に管理し、法令に定めるほか、正当な理由なく第三者に開示、提供しないものとする。

(協議)

第11条 本契約について疑義が生じた場合及び定めのない事項については、甲乙協議のうえ定めるものとする。

上記の契約を証するため本契約書を2通作成し、甲乙記名捺印のうえ各自1通を保持する。

年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

甲

乙 岩手県盛岡市永井12-10  
医療法人友愛会 盛岡友愛病院  
理事長 佐々木 達哉

【医療機器共同利用料金表】

令和 5 年 6 月 1 日現在

| 検査項目      | M R I 検査<br>(1.5 テスラ以上 3 テスラ未満)              | C T 検査<br>(64 列以上)                         |
|-----------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 撮影料       | 13, 170 円<br><small>診療報酬 (1, 330 点)</small>  | 8, 910 円<br><small>診療報酬 (900 点) ※1</small> |
| 電子画像管理加算  | 1, 190 円<br><small>診療報酬 (120 点)</small>      | 1, 190 円<br><small>診療報酬 (120 点)</small>    |
| 合計利用料     | 14, 360 円 (税込)                               | 10, 100 円 (税込)                             |
| 読影レポート    | 4, 460 円 (税込)<br><small>診療報酬 (450 点)</small> |                                            |
| 読影を含めた利用料 | 18, 820 円 (税込)                               | 14, 560 円 (税込)                             |

※1：撮影装置は 6 4 列以上であるが、施設基準要件を満たしていないため「1 6 列以上 6 4 列未満マルチスライス型」の 9 0 0 点を算定

| 骨密度検査（D E X A 法）※2 | ①腰椎＋大腿骨の撮影                                   | ②腰椎のみの撮影                                     |
|--------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 利用料                | 4, 460 円 (税込)<br><small>診療報酬 (450 点)</small> | 3, 560 円 (税込)<br><small>診療報酬 (360 点)</small> |

※2：骨密度検査につきましては、通常①の 2 部位測定でのご案内となります。過去の手術等で大腿骨の撮影が困難な場合は②のご案内となります。