

医療法人友愛会 盛岡友愛病院
医療機器共同利用について

当院では、医療機器を用いた検査を地域の医療機関に広く開放しております。
是非ご利用下さい。共同利用を希望される場合は下記の通りとなります。

検査のお申し込みは**地域医療連携室**までお電話ください。

TEL：019-907-1509（連携室直通）

受付時間：8時30分～16時30分（月～金曜）

お電話の時点でご予約を確定いたします。

ご予約に当たり、必要情報は下記となります。

【患者氏名・性別・生年月日・検査希望日】



検査日が決まりましたら、当院指定の**共同利用検査予約依頼票**※に
必要事項をご記入の上、地域医療連携室宛に FAX お願いします。

FAX：019-637-2111（連携室直通）

依頼票の原本は検査当日にご持参ください。

（共同利用検査予約依頼票はコピーしてご利用ください。）

※依頼票は当院ホームページから
ダウンロード可能です。



検査当日は、共同利用検査予約依頼票を持参の上、

東棟1階の**放射線科受付へ直接**お越しください。



検査終了後、そのままお帰りになれます。

当院での患者さんのお支払いはありません。

※当該検査にかかる診療報酬請求は、ご依頼元医療機関様にてご請求願います。

その際、診療報酬明細書の摘要欄に、「**面診共同**」とご記入ください。



検査結果は、検査終了後患者さんへお渡しいたします。

使用料につきましては、1ヶ月分をまとめて翌月にご請求させていただきます。

（使用料金については【**別紙 医療機器共同利用料金表**】をご覧ください。）

※当院の医療機器を共同利用された患者様について、後日あらためて当院へ紹介受診を
ご希望される場合には、お手数ですが、共同利用データの別途添付をお願い致します。

【医療機器共同利用料金表】

令和7年5月更新

検査項目	M R I 検査 (1.5 テスラ以上 3 テスラ未満)	C T 検査 (64 列以上)
撮影料	13, 170 円 診療報酬 (1, 330 点)	8, 910 円 診療報酬 (900 点) ※1
電子画像管理加算	1, 190 円 診療報酬 (120 点)	1, 190 円 診療報酬 (120 点)
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) 診療報酬 (450 点)	
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64列以上であるが、施設基準要件を満たしていないため「16列以上64列未満マルチスライス型」の900点を算定

骨密度検査 (DEXA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) 診療報酬 (450 点)	3, 560 円 (税込) 診療報酬 (360 点)

※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。