

医療機器共同利用委託契約書

委託者_____（以下「甲」という。）と受託者 独立行政法人国立病院機構和歌山病院（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（目的）

甲・乙の本契約締結とその活動により、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を目的とする。

第 2 条（共同利用概要）

検査の委託契約内容は、つぎの各号によるものとする。

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ものとする。
2. 甲は、検査の実施にあたり検査日時の予約を取り、患者に結果説明を行う。
3. 乙は、受託した検査を行い、その検査データ等を患者に速やかに報告する。

第 3 条（共同利用検査）

委託検査の種類は次の通りとする。

1. 骨密度測定(DEXA 法)

第 4 条（契約期間）

この契約による委託期間は、____年____月____日から____年____月____日まで
の1か年とする。また、この契約の有効期間満了前、1か月までに契約当事者のいずれかの一方
からも、この契約の改定等について何らかの意思表示がないときは、有効期間満了日の翌日から
更に1年間この契約を更新されるものとし、以降も同様とする。

第 5 条（共同利用における経済面）

この契約に係る共同利用料及び保険請求等については「医療機器共同利用委託契約書 別紙」のと
おりとする。

第 6 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、検査結果に問い合わせがある場合、検査結果受領後 7 日以内にその内容を乙に質問
しなければならない。
2. 乙は、前号の通知を受けた時は、甲と協議の上、再説明や再検査等適切な処理をしなければ
ならない。

第 7 条（本契約の解除について）

甲又は乙は、次のことに該当するときはこの契約を解除することができる。

1. 甲又は乙がこの契約に違反したとき。
2. 乙において、受託業務の遂行が著しく困難になったとき。
3. 健康保険法の改正により委託業務が困難になったとき。

4. 甲又は乙が診療行為を廃止したとき。

以上1から4の問題について甲乙にて十分に協議し契約を解除するものとする。

第 8 条(検査実施中の責任の所在)

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、乙の責任において対処するものとする。

第 9 条(共同利用料金の取扱い)

乙は、検査が完了したものについて、各月単位にて検査実施翌月中旬頃までに甲に請求するものとし、甲は請求書を受理した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（末日が銀行休業日の場合はその前営業日までとする）。口座振り込みに掛かる費用は甲が負担するものとする。

第 10 条(守秘義務)

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、検査目的以外に使用しないものとする。もし、乙により個人情報が漏洩した場合は、乙はその責任を負うものとする。

第 11 条(その他)

この契約について疑義が生じた場合及びこの契約に定めのない事項については、その都度甲乙協議のうえ、誠意をもって解決するものとする。

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(甲乙いずれも施設印)のうえ各自1通を保持する。

西暦 年 月 日

甲

住 所

医療機関名

代表者氏名

印

乙

住 所 〒644-0044 和歌山県日高郡美浜町 1138

医療機関名 独立行政法人国立病院機構 和歌山病院

代表者氏名 病院長 南 方 良 章

印

医療機器共同利用委託契約書 別紙

医療機器共同利用についてのご案内

当院では、骨密度測定(DEXA法)検査について、検査のみを実施させていただく医療機器の共同利用を行なっております。(当院医師による診察はありません。)

医療機器共同利用は、事前に当院との契約が必要となります。

医療機器共同利用の流れ

1. 放射線科宛にFAXにてご予約ください。
2. 検査日時の決定及び契約書の締結(初めてご利用いただく場合)をさせていただきます。
3. 検査当日、受付窓口(3番)で受付後、1階放射線科にて検査を受けてください。
4. 検査結果は、検査レポートを作成し患者様にお渡しいたします。患者様は当院へのお支払いなしでご帰宅いただけます。
5. 患者様より検査結果をお受け取りいただき、貴院にてご診察ください。患者様の自己負担金については、貴院にて患者様よりご徴収ください。
6. 貴院にて保険請求を行う際に、貴院作成レセプトにて検査料のご請求をお願いいたします。
7. 当院から貴院へ、検査実施の翌月中旬頃までに共同利用料を請求いたします。

共同利用料について

1. 共同利用料として、検査1回あたり4,500円(税込)をお支払いいただきます。
2. 共同利用料は、月締めにて翌月中旬頃までに貴院にて請求させていただきます。

※ 貴院から当院へのお支払いは、請求書受領後翌月末までに(末日が銀行休業日の場合はその前営業日までに)下記口座までお振込みをお願い申し上げます。

振込口座

紀陽銀行 御坊支店 普通 1017534

ドクリツギョウセイホウジンヨクリツビヨウインキヨウフカヤマビヨウヒ
独立行政法人国立病院機構和歌山病院

レセプト作成について

骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影)360点+大腿骨同時撮影加算90点

※ 貴院にて保険請求を行う際に、貴院作成レセプトにて上記を算定しご請求ください。

レセプトには必ず**画診共同の旨**をご記入ください。

※ 患者様の自己負担金については、貴院にて患者様よりご徴収ください。

※ 患者様に対する検査の必要性判断、最終診断、保険請求に関するご対応の一切は、貴院にて実施くださいますようお願い申し上げます。

その他

※ 診療報酬改定時には金額の変更がある場合があります。