

CT検査明細書

つつい外科クリニック 御中

平素より大変お世話になります。

令和07年10月17日(金) 錦中央医院 ID 9999900071

(お問い合わせの際はお手数ですが、IDをお知らせください)

練習 放射線1

様の 単純CT 検査を実施いたしました。

検査明細書(本書)と画像CD-Rを同封いたします。

詳細は下記の通りです。今後ともよろしくお願いいたします。

なお、読影レポート依頼分は完成次第お届けいたします。

検査内容・詳細

検査内容	単純CT
保険点数	1470
検査費用	¥10,200
読影レポート	¥0,000
(読影レポートは保険請求できません。)	
費用合計	¥00,000

※保険点数はレセプト請求する点数です。

※費用合計は当院から請求する金額です。

レセプトイメージ(検査に関する部分)

この内容で窓口徴収およびレセプト作成してください。

70 ※ コンピューター断層診断 450 × 1

※ CTスキャン(CT撮影・16列以上64列未満のマルチスライス型の機器)

電子画像管理加算(CT・MRI)

撮影部位(CT撮影): 〇部

画像共同(CT撮影)

2025年 〇月 〇日

1020 × 1

読影レポート費用内訳

(1) NOBORI-PAL(医知悟)通信利用料 550円/件

(2) 遠隔読影画像診断サービス料金(株式会社radioplat)

□ CT (画像枚数 1 ~ 50 枚の場合)	2,530 円	(1) + (2)
□ CT (画像枚数 51 ~ 100 枚の場合)	2,750 円	3,080 円
□ CT (画像枚数 101 ~ 300 枚の場合)	2,970 円	3,300 円
□ CT (画像枚数 301 ~ 500 枚の場合)	3,300 円	3,520 円
□ CT (画像枚数 501 ~ 800 枚の場合)	3,630 円	3,850 円
□ CT (画像枚数 801 ~ 枚の場合)	3,960 円	4,180 円
□ 緊急加算		4,510 円
		上記 + 1,100 円

月末締にて錦中央医院より一括して請求書を送付させていただきます。

お問い合わせは放射線科受付 TEL 72-3775(直通)へお願いします。

費用・保険請求に関するお問い合わせは医事課へお願いします。TEL 72-2321(代表)

作成日 令和07年10月17日(金)

患者氏名 練習 放射線1
生年月日 昭和 25年 12月 25日 生 (74歳) 性別 男
患者住所 山口県岩国市錦町広瀬
電話番号

Fig. 1	Fig. 2
Fig. 3	Fig. 4
コメント	

保険医療機関名称 岩国市立錦中央医院
住所 岩国市錦町広瀬1072-1
電話番号 0827-72-2321
主治医氏名 原田 昌彦

