

保険診療支援のご案内

(令和2年6月改訂版)



佐賀メディカルセンタービル



公益財団法人

佐賀県健康づくり財団

佐賀県健診・検査センター

〒 840-0054 佐賀市水ヶ江1丁目12番10号

TEL 0952-37-3301(代表) FAX0952-37-3061

日頃より、公益財団法人 佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センターを共同利用施設として御利用頂きまして、誠にありがとうございます。

当センターでは佐賀県医師会員医療機関の保険診療を支援するため、下記の検査を予約制で承っていますので、ぜひご利用ください。なお、消化管内視鏡/X線造影検査以外は、検査予約後に診療情報提供書(様式1～5)を集配便でお送りしますので、検査当日までに必要事項をご記入のうえ、必ずご返送頂きますようお願い致します。

| 検査項目 | 担当 |
|-----------------------|-----------------------|
| ●消化管内視鏡検査(上部、下部) | 消化器内科専門医(久留米大学) |
| ●消化管 X 線造影検査(上部、下部) | 消化器内科専門医(久留米大学) |
| ●単純 CT 検査(頭部、胸部、腹部など) | 放射線科専門医(佐賀大学) |
| ●超音波検査(腹部、頸動脈) | 超音波検査士(当財団)、専門医(当財団) |
| ●呼吸機能検査 | 臨床検査技師(当財団) |
| ●長時間心電図検査解析 | 臨床検査技師(当財団)、専門医(佐賀大学) |

○予約申込先

佐賀県健康づくり財団 健診部 施設健診課

TEL : 0952-37-3313 FAX : 0952-37-3063

受付時間 : 月～金 8時00分～17時00分

● 上部消化管内視鏡検査

この検査は、咽頭麻酔後に内視鏡スコープを経口挿入して実施します。上部消化管(食道・胃・十二指腸)病変の早期発見に活用いただけます。

- ◇ 検査日時：月曜～金曜 8:00～ (2名/日)
- ◇ 申込書：診療情報提供書(様式任意)をご提出ください。
*診療情報提供料：250点を算定可能
- ◇ 検査当日に持参いただくもの
①診療情報提供書(紹介状)、②保険証
③窓口負担金：3割負担の場合、5,000円程度(生検等の実施した場合、別料金)
- ◇ 検査時間：20分程度
- ◇ 注意事項：検査前日22時以降から絶食となります。

◎予約時間に当センター2F受付へお越しください。

◎検査結果は患者様へ当日説明したのち、結果報告書を集配便でお届けします。

● 下部消化管内視鏡検査

この検査は、下部消化管(盲腸・結腸・直腸・肛門)病変の早期発見に活用いただけます。。

- ◇ 検査日時：金曜 8:00～ (1名/日)
- ◇ 申込書：診療情報提供書(様式任意)をご提出ください。
*診療情報提供料：250点を算定可能
- ◇ 来所時に持参いただくもの
①診療情報提供書(紹介状)、②保険証
③窓口負担金：3割負担の場合、6,500円程度(生検等の実施した場合、別料金)
- ◇ 検査時間：30分程度(前処置時間を除く)
- ◇ 注意事項：検査前日22時以降から絶食となります。
検査前日から下剤服用が必要です。

◎予約時間に当センター2F受付へお越しください。

◎検査結果は患者様へ当日説明したのち、結果報告書を集配便でお届けします。

● 上部消化管 X 線造影検査

この検査は、上部消化管(食道・胃・十二指腸)病変の早期発見に活用いただけます。

- ◇ 検査日時：金曜日 9：00～（2名/日）
- ◇ 申込書：診療情報提供書（様式任意）をご提出ください。
*診療情報提供料：250点を算定可能
- ◇ 来所時に持参いただくもの
①診療情報提供書(紹介状)、②保険証、③窓口負担金：3割負担の場合、4,000円程度
- ◇ 検査時間：20分程度
- ◇ 画像提供：CD-Rもしくはデジタルフィルム
- ◇ 注意事項：検査前日 22 時以降から絶食となります。

◎予約時間に当センター 2F 受付へお越しく下さい。

◎検査結果は患者様へ当日説明したのち、結果報告書を集配便でお届けします。

◎妊娠もしくは妊娠の可能性のある方は受診できません。

● 下部消化管 X 線造影検査

この検査は、下部消化管(盲腸・結腸・直腸・肛門)病変の早期発見に活用いただけます。

- ◇ 検査日時：金曜日 11：00～（1名/日）
- ◇ 申込書：診療情報提供書（様式任意）をご提出ください。
*診療情報提供料：250点を算定可能
- ◇ 来所時に持参いただくもの
①診療情報提供書(紹介状)、②保険証、③窓口負担金：3割負担の場合、6,500円程度
- ◇ 検査時間：30分程度
- ◇ 画像提供：CD-Rもしくはデジタルフィルム
- ◇ 注意事項：検査前日 22 時以降から絶食となります。
検査前日から下剤服用が必要です。

◎予約時間に当センター 2F 受付へお越しく下さい。

◎検査結果は患者様へ当日説明したのち、結果報告書を集配便でお届けします。

◎妊娠もしくは妊娠の可能性のある方は受診できません。

●単純CT検査

この検査は、頭部、胸部、腹部などを観察でき、特に肺癌の早期発見に有効です。なお、16列マルチスライスCTを導入しています。

- ◇ 検査日時：月曜日～金曜日 13：30～15：00
- ◇ 読影日：火曜日、木曜日
- ◇ 申込書：検査申込書(様式1)をご使用ください。
(診療情報提供料：250点を算定可能)
- ◇ 来所時に持参いただくもの
①検査申込書、②保険証、③窓口負担金：3割負担の場合、6,000円程度
- ◇ 検査時間：10分程度
- ◇ 画像提供：CD-Rもしくはデジタル用フィルム
- ◇ 注意事項：腹部の場合、検査当日の昼食を絶食となります。

◎予約時間に当センター2F受付へお越しください。

◎結果報告書等を集配便で検査後1週間以内にお届けします。

◎妊娠もしくは妊娠の可能性がある方は受診できません。

●腹部超音波検査

この検査は、肝臓、胆嚢、胆管、膵臓、脾臓、腎臓などを観察できます。

- ◇ 検査日時：月曜日～金曜日 14：00、14：30
- ◇ 申込書：検査申込書(様式2)をご使用ください。
(診療情報提供料：250点を算定可能)
- ◇ 来所時に持参いただくもの
①検査申込書 ※臨床診断名を必ずご記入ください。
※血液検査結果報告書がある場合、そのコピーの添付してください。
②保険証、③窓口負担金：3割負担の場合、3,000円程度
- ◇ 検査時間：1時間程度
- ◇ 注意事項：検査当日、朝食は軽め、昼食は絶食してください。

◎予約時間に当センター2F受付へお越しください。

◎結果報告書を集配便で検査後1週間以内にお届けします。

● 頸動脈超音波検査

この検査は、動脈硬化の進行度の評価、動脈硬化性血管病変（狭窄病変の有無など）の早期発見、生活習慣改善の動機付けの指導などに活用できます。

- ◇ 検査日時：月曜日～金曜日 14：00・14：30
 - ◇ 申込書：検査申込書(様式3)をご使用ください。
(診療情報提供料：250点を算定可能)
 - ◇ 来所時に持参いただくもの
 - ①検査申込書 ※臨床診断名を必ずご記入ください。
※血液検査結果報告書がある場合、そのコピーの添付してください。
 - ②保険証、③窓口負担金：3割負担の場合、2,000円程度
 - ◇ 検査時間：30分程度
 - ◇ 注意事項：絶食の必要はありません。
- ◎予約時間に当センター2F受付へお越しください。
◎結果報告書を集配便で検査後1週間以内にお届けします。

● 呼吸機能検査

この検査は、肺の状態を知ることができ、呼吸器疾患の早期発見・早期治療に活用できます。また、肺の健康意識を高め、健康維持や禁煙の指導にも役立ちます。

- ◇ 検査時間：20分程度
 - ◇ 検査日時：月曜日～金曜日 14：00、14：30
 - ◇ 申込書：検査申込書(様式4)をご使用ください。
(診療情報提供料：250点を算定可能)
 - ◇ 来所時に持参いただくもの
 - ①検査申込書 ※臨床診断名および検査目的を必ずご記入ください。
 - ②保険証、③窓口負担金：3割負担の場合、2,500円程度
 - ◇ 注意事項：検査時、深くもしくは強く呼吸していただくことがありますので、検査直前の食事はできるだけ早めに軽く済ませてください。
- ◎予約時間に当センター2F受付へお越しください。
◎結果報告書を集配便で検査後1週間以内にお届けします。

●長時間心電図(ホルター)検査解析

この検査は、波形の解析・印刷ができます。ドクターレポート「要」では佐賀大学医学部付属病院 循環器内科に判読依頼しております。また、24 時間血圧解析、SpO2 解析はホルター心電図と同時記録で解析可能です。

| 項目名 | | 検体 | 所要日数 | 保険点数 |
|-------------------|--------------|--------------------------|-----------------------|-------|
| ホルター 心電図 解析 | ドクターレポート「要」 | 記録メディア ICカード SDカード | 3～4 | 1,500 |
| | ドクターレポート「不要」 | | 1～2 | |
| | 24 時間血圧解析 | | 判読「要」 「不要」に 準ずる | 200 |
| | SpO2 解析 | | | 100 |

- ◇ 検査装置：解析装置(フクダ電子) SCM8000
- ◇ 検査依頼時にご提出していただくもの(集配便)
 - ・ドクターレポート「要」の場合
 - ① 検査申込書(様式5)、②標準12誘導心電図、③行動記録カード
 - ④記録メディア
 - ・ドクターレポート「不要」の場合
 - ①検査申込書(様式5)、②行動記録カード、③記録メディア
- ◇ 検査依頼：ドクターレポートの「要/不要」を申込書に必ずご記入ください。
24 時間血圧や SpO2 の解析を依頼する場合は、申込書の連絡事項欄にその旨を必ずご記入ください。
- ◇ 注意事項：解析対象となる記録装置はフクダ電子社製です。

◎解析結果は集配便でお届けします。

※本検査や解析に関するお問合せ

健診部 施設健診課：吉永、土井、工藤

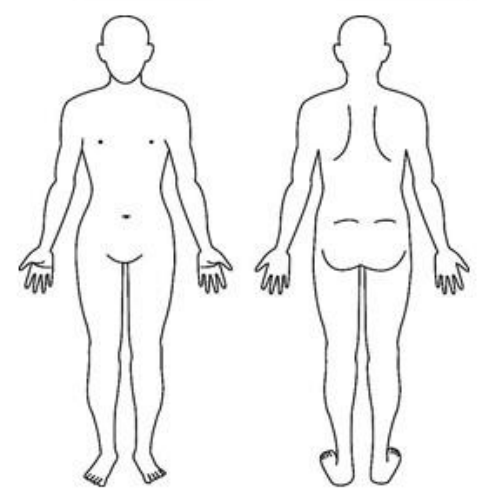
TEL 0952-37-3313 (受付時間 月～金 8:30-17:00)

FAX 0952-37-3317

様式1

佐賀県健康づくり財団

診療情報提供書 (単純CT検査申込書)

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">紹介先医療機関の所在地及び名称</p> <p>佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 単純CT検査 担当医様</p> | <p style="text-align: center;">紹介先医療機関の所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">医師名 ④</p> |
| <p>ふりがな 氏名 男 女</p> <hr/> <p>M・T・S・H 年 月 日 (歳)</p> | <p>住所</p> <hr/> <hr/> <p>TEL ()</p> |
| <p>検査予約日 年 月 日 時 分</p> | <p>前回検査 有・無 (年 月 日)</p> |
| <p>傷病名</p> <hr/> <p>紹介目的</p> <hr/> <p>撮影部位 頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・歯科領域・()</p> <hr/> <p>既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など</p> | |
|  | |
| <p style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 5px;">* 妊娠の有無：有・無・不明</p> | |

診療録番号：

検査番号：

| 撮影条件 | | | スキャン回数 | フィルム枚数 | 医師 | 技師 |
|------|----|-----|--------|--------|----|----|
| kV | mA | sec | 回 | 枚 | | |

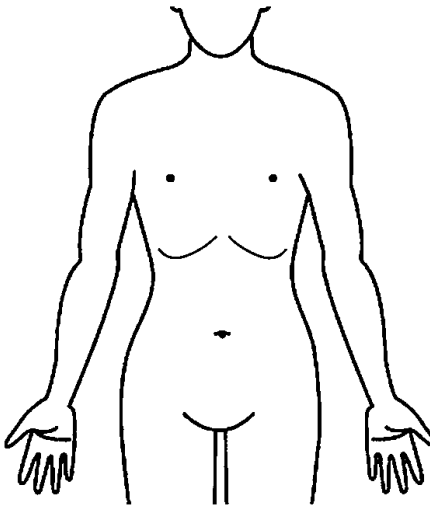
様式2

佐賀県健康づくり財団控

診療情報提供書(腹部超音波検査申込書)

紹介元医療機関にて、太枠内をご記入ください。

病・医院控は2枚目となっています

| | | | |
|---|--------------------|--|--|
| 紹介元医療機関の所在地及び名称 佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 腹部超音波検査 担当医様 | | 紹介元医療機関の所在地及び名称 医師名 _____ ⑧ | |
| ふりがな _____ 氏 名 _____ | 男 _____ 女 _____ | 住 所 _____ TEL () _____ | |
| M・T・S・H 年 月 日 (歳) | | 検査予約日 年 月 日 時 分 | |
| 傷病名 | | 前回検査 有・無 (年 月 日) | |
| 紹介目的 | | | |
| 既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など | | | |
|  | | | |

様式3

佐賀県健康づくり財団 診療情報提供書(頸動脈超音波検査申込書)

紹介元医療機関にて、太枠内をご記入ください。

病・医療機関は2枚目となっております

| | | | |
|---|--------------------|---|--|
| 紹介先医療機関の所在地及び名称 佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 頸動脈超音波検査 担当医様 | | 紹介元医療機関の所在地及び名称 医師名 _____ ㊟ | |
| ふりがな _____ 氏名 _____ | 男 _____ 女 _____ | 住 所 TEL () | |
| M・T・S・H 年 月 日 (歳) | | 検査予約日 年 月 日 時 分 | |
| 検査予約日 年 月 日 時 分 | | 前回検査 有・無 (年 月 日) | |
| 傷病名 | | | |
| 紹介目的 | | | |
| 既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など | | 検査結果 検査日： 年 月 日 身長 cm 体重 kg BMI 腹囲 cm 血圧 / 総コレステロール mg/dl HDL mg/dl LDL mg/dl 中性脂肪 mg/dl 空腹時血糖 mg/dl ヘモグロビンA1c % 尿酸値 mg/dl 飲酒歴 喫煙歴 家族歴 | |
| *できるだけご記入ください。検査報告書のコピー可 | | | |

呼吸機能検査申込書

検査予約日 年 月 日
時間 時 分

| | | | | |
|---------------|-----------------------------|-------|-------------|-----|
| 地区名 | _____ | | | |
| 病医院名 | _____ | TEL | — | |
| 主治医名 | _____ | 先生 | | |
| フリガナ 患者名 | _____ | 様 | (男性 ・ 女性) | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 身長 | cm | . | kg |
| 診断名 (および検査目的) | <必ずご記入ください> | | | |
| [術前検査の場合] | | | | |
| | ・病名 | _____ | | |
| | ・予定術式 | _____ | | |
| | ・手術予定日 | 令和 | 年 | 月 日 |
| 《備考》 | | | | |
| | ・必ず、保険証を持参していただくよう ご指導ください。 | | | |
| | ・検査は 予約制となっております。 | | | |

長時間心電図(ホルター)解析申込書

| | | | | | |
|--|------|------|----|----------|-------------|
| 提出 | 年 | 月 | 日 | | No. |
| 病医院コード | 地区名 | 病医院名 | | | TEL |
| | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| 患者名 | | | | | |
| 歳 男・女 (外来・入院 F) | | | | | |
| 記録 | 年 | 月 | 日 | 時 分 | ～ 年 月 日 時 分 |
| 血圧 | mmHg | | 身長 | cm 体重 kg | |
| 病名 | | | | | |
| 誘導法 : 2チャンネル誘導・CM5誘導・NASA誘導・その他() | | | | | |
| 検査の目的 : (不整脈・ST-T変化)の検出 | | | | | |
| その他() | | | | | |
| 投薬内容 | | | | | |
| その他連絡事項 | | | | | |
| ドクターレポート[要・不要]どちらかに必ず○印をつけて下さい。 | | | | | |
| 注 1) ドクターレポート、要 の場合は、 上記各項目を記入し、標準12誘導心電図、患者行動記録カード、 記録メディア(ICカードまたはSDカード)をご提出下さい。 | | | | | |
| 注 2) ドクターレポート、不要 の場合は、 上記各項目を記入し、患者行動記録カードと記録メディア(ICカード またはSDカード)をご提出下さい。 | | | | | |
| [解析可能なデジタル記録器] | | | | | |
| FM-100、FM-101、FM-120、FM-150、FM-160、FM-180、FM-180S FM-190、FM-200、FM-300、FM-500、FM-700、FM-800、FM-960 | | | | | |