



ご案内

1. Aiセンター申込について

佐賀大学医学部附属病院 Aiセンターは下記の場合を対象としております。

1) 医療機関の場合

- ① CT検査を希望する場合
- ② 病理解剖も希望する場合
- ③ ご遺族が希望する場合

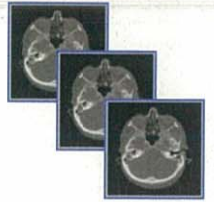


2) 救急搬送の場合

- ① 検案した医師が CT検査を希望する場合

3) 警察の場合

- ① CT検査を希望する場合



2. 申込方法について

平日(8:30~17:00)は地域医療連携室、
上記以外は時間外受付にご連絡下さい。

- ① 撮像日時は、当院より折り返し電話でご連絡いたします。
- ② 撮像の前に様式第2号の死亡時画像検査申込書をAiセンター担当者に提出願います。(様式は、インターネットかFAXで事前にお受け取り下さい。)
- ③ 画像データ、レポート、請求書は後日、送付いたします。
- ④ Aiセンターにお越しになるには構内パスカードが必要になります。
パスカードをお持ちでない方は、臨時パスカードを下記でお受け取り下さい。
受取窓口：平日 8:00~20:00 駐車場管理室(外来駐車場入口)
平日の上記時間外及び休日 時間外受付(時間外出入口)
- ⑤ ご遺体の搬送時には、主治医、関係者等3名の付き添いをお願いいたします。
- ⑥ 感染防止のため防水シートをご着用下さい。
- ⑦ 委託者の印鑑を持参して下さい。

※ 地域医療連携室 Tel 0952-34-3300 平日(8:30~17:00)

※ 時間外受付 Tel 0952-34-3157 上記以外

3. Ai検査料金について

Aiを希望される場合は、佐賀大学医学部附属病院諸料金規程により、以下の料金がかかります。

<Ai検査料>

- ・ CT撮像料金…………… 36,500円
- ・ 読影料金…………… 23,000円
- ・ CT検査料金(読影含む)…59,500円

様式第2号（第2条第1項関係）

（本院以外用・ご遺族用）

A i センター長	A i センター副長	受付年月日	受付番号

死亡時画像検査申込書

平成 年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

委託者 氏名（ご遺族） 印
 （病院名等）
 （医師名等） 印
 住所
 電話

下記のとおり死亡時画像検査を申込みます。

記

- 1 申込区分（□にレを記載ください）
 CT検査（読影を含む） CT撮像のみ 読影のみ（番号6・7の記載は不要です）
- 2 氏名 _____
- 3 性別 男・女
- 4 生年月日 M・T・S・H 年 月 日
- 5 年齢 _____ 歳
- 6 撮影目的
 (1) 教育・研究
 (2) 死亡時医学検索
 委託者区分
 1) 医療機関
 2) 検案医師
 3) 警察
 4) ご遺族
 (3) その他（具体的に）
- 7 撮影部位 全身 その他（具体的に）

- 8 検査の理由又は臨床経過、死亡前後の状況等（具体的に）

（注1）委託者が個人以外の場合にあつては、委託者欄に機関の所在地、名称、代表者名、担当医師名等を記入してください。

（注2）得られた個人や名前を識別する情報は、症例報告や研究発表に使用いたしません。

なお、匿名化したデータは今後の医学・医療の発展のために利用させていただきます。

様式第3号（第2条第2項関係）

死亡時画像検査A i（オートプシー・イメージング）
に関する遺族の承諾書

亡くなられた方の ID :

お名前 :

死亡年月日：平成.....年.....月.....日

この書類は、死亡時画像検査A i（オートプシー・イメージング）の同意に関する
こと等について説明したものです。

- ・ 画像撮影に同意いただけました場合は、X線CT装置等の画像撮影を実施します。
- ・ これらの検査に使用する装置・方法は、皆さまが日常検査を受けられるものと同じです。
- ・ 御遺体に何らかの操作を加えることはありません。
- ・ 実施により死亡原因が明らかになる場合があります。
- ・ 得られた医療情報の個人情報については秘密が守られます。
- ・ 同意された後、いつでも同意を撤回することができます。

上記事項をよく理解され、下記にお名前、亡くなられた方との関係及び御住所を
御記入願います。

説明者

医師 :

死亡時に実施する画像検査に関して、上記の説明を受け、承諾します。

佐賀大学医学部附属病院長 殿

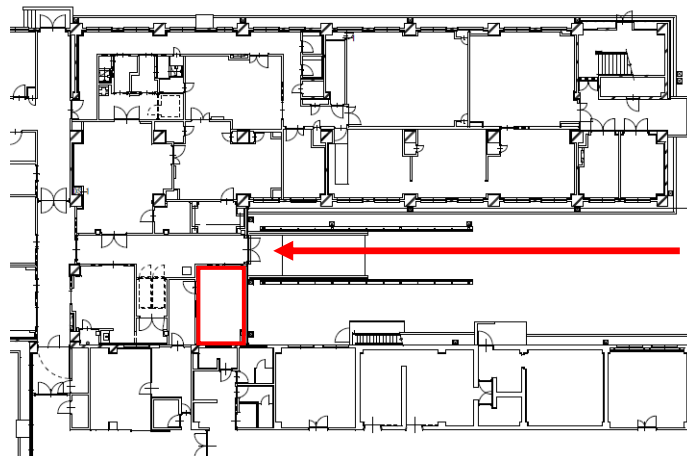
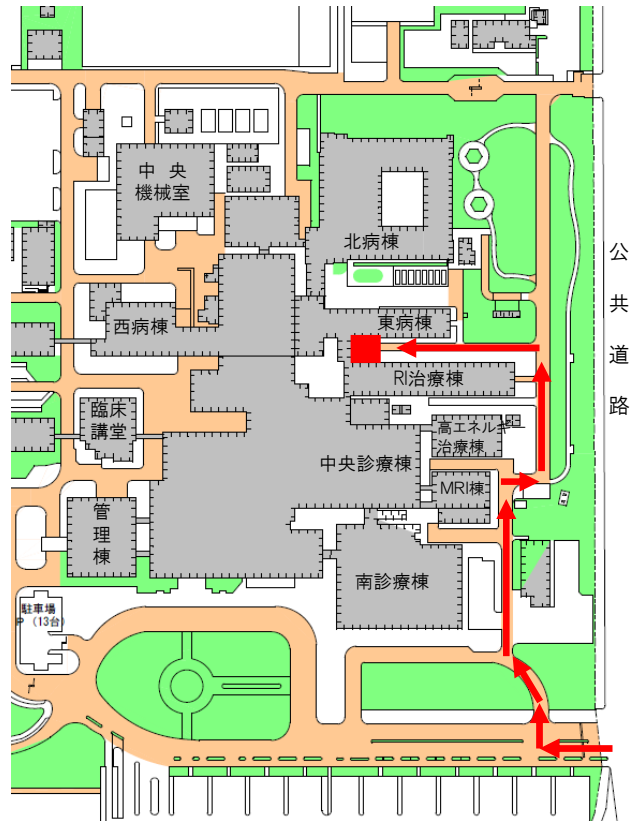
平成.....年.....月.....日

お名前 : (自署)

亡くなられた方との関係 :

御住所 :

佐賀大学医学部附属病院 Aiセンターへのアクセスマップ



第 号
平成 年 月 日

※受理番号第 号
※剖検番号第 号

佐賀大学医学部長 殿

病院所在地
病 院 名 電話
院 長 名 印

病 理 解 剖 依 頼 書

別紙のとおり，下記死亡者の遺族から承諾を得たので，病理解剖をお願いします。

記

死亡者氏名 性別 男・女
生年月日 年 月 日
臨床診断

- (注) 1 ※印の項は，記入しないこと。
2 院長名欄については，本人の署名もしくは記名押印とする。