

# 佐賀大学医学部附属病院Aiセンター 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

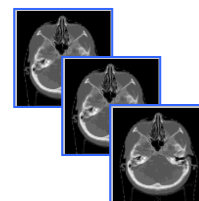


### 2) 救急搬送の場合

- 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 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。
- ⑤ 感染防止のため防水シートをご着用下さい。
- ⑥ **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

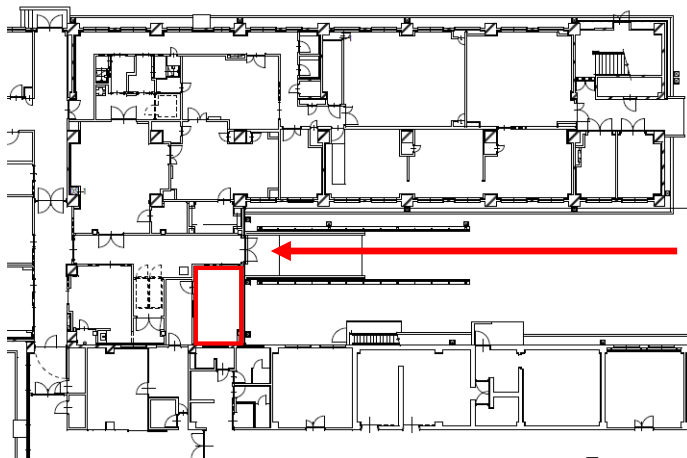
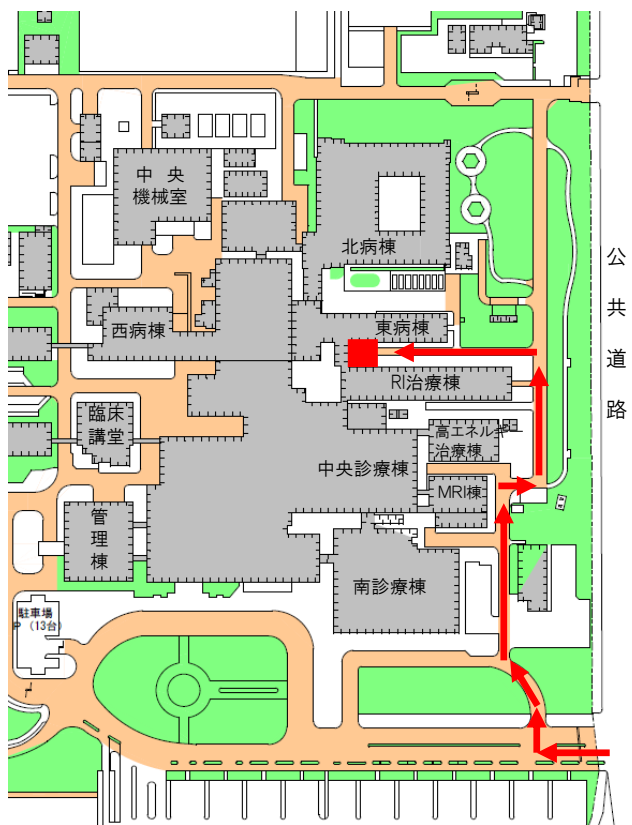
平成.....年.....月.....日

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



別記様式第1号（第3条第1項関係）

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。