

# 佐賀大学医学部附属病院 A i 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

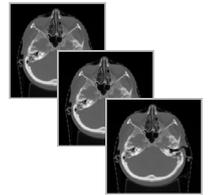


#### 2) 救急搬送の場合

- 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



**※ただし、院外死亡の場合は 平日 8:30～17:00 に限る。**

### 2. 申込方法について

平日（8:30～17:00）は**医事課**、

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。

※ 医事課                      Tel 0952-34-3377    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…………… 35, 100円
- ・ CT検査料金(読影含む)…66, 400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<br>センター長 | 受付年月日 | 受付番号 |
|           |                    |       |      |

死亡時画像検査申込書

年 月 日

佐賀大学医学部附属病院長 殿

委託者 氏名（ご遺族）  
（病院名等）  
（医師名等）

印

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・R 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っては，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 : .....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

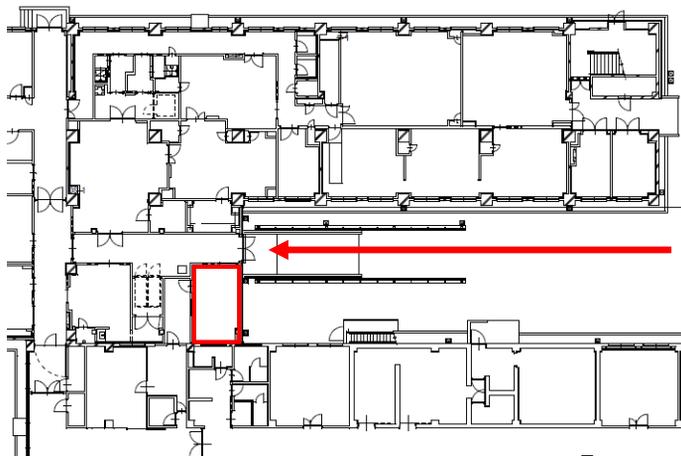
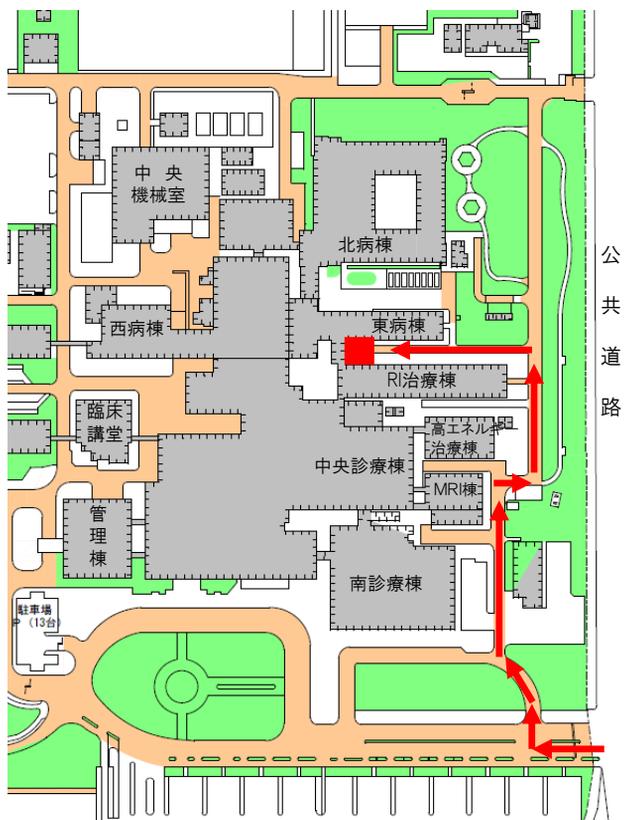
年 月 日

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  
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。