

群馬大学大学院医学系研究科死亡時画像検査受託規程

平成 20. 10. 7 制定

平成 27. 9. 15 改正

平成 30. 4. 1 改正

(趣 旨)

第 1 条 群馬大学大学院医学系研究科において受託する死亡時画像検査（以下「検査」という。）については、この規程の定めるところによる。

(検査の申込み)

第 2 条 検査を委託しようとする者（以下「委託者」という。）は、別紙様式 1 又は別紙様式 2 の死亡時画像検査申込書を医学系研究科長（以下「研究科長」という。）に提出しなければならない。

(申込みの受理)

第 3 条 前条の申込みがあったときは、教育研究に支障のない限り受理するものとする。

(検査料)

第 4 条 検査料は、下記のとおりとする。ただし、学内の検査依頼であって、その目的が教育・研究又は診療に係るものである場合は無料とする。

死亡時画像（Ai）検査料

区 分	料 金
C T 撮影料金	30,000 円
読影料金	70,000 円
C T 検査料金（読影を含む）	100,000 円

2 検査料は、学内の検査依頼を除き前納しなければならない。ただし、国の機関若しくは公社、公庫、公団等政府関係機関又は地方公共団体並びに医療法に定める医療事故調査制度により検査を依頼する医療機関、支援団体等から受理する場合であって、本文の規定によりがたいときは、この限りではない。

3 既納の検査料は、いかなる理由があっても返還しない。

(結果の通知)

第 5 条 検査を完了したときは、研究科長はその結果を別紙様式 3 により委託者に通知するものとする。このとき、読影の希望があった場合は別に読影報告書を添付するものとする。

(規程の改廃)

第 6 条 この規程の改廃は、医学系研究科教授会の議を経て、研究科長が行う。

附 則

1 この規程は、平成 20 年 10 月 7 日から施行する。

2 この規程施行の日から平成 21 年 3 月 31 日までの間に、外部からの委託により実施する検査の検査料は、第 4 条第 1 項の規定にかかわらず 20,000 円（1 回の撮影につき）とする。

附 則

この規程は、平成 27 年 9 月 15 日から施行する。

附 則

この規程は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

別紙様式 1 (学内用)

医学系 研究科長	Ai センター 副センター長	受付年月日 番 号

死亡時画像検査申込書

群馬大学大学院医学系研究科長 殿

委託者 所属
内線
氏名

下記のとおり死亡時画像検査を申込みます。

記

- 1 死亡者氏名又は I D 性別 男・女 (必要な場合のみ記入)
- 2 生年月日 年 月 日 歳 (必要な場合のみ記入)
- 3 撮影目的
- (1) 解剖学教育・研究 (動物実験等)
 - (2) 死亡時医学検索
 - 1) 附属病院診療科支援
 - 2) 病理解剖支援
 - 3) 法理解剖支援
 - (3) その他 (具体的に)

- 4 撮影部位 全身 その他 (具体的に)

- 5 画像診療部からのコメント 要 ・ 不要

- 6 検査料の負担 (無・有)
(有の場合) 予算科目・予算詳細名 (予算コード) _____

※ 検査の理由又は臨床経過, 死亡前後の状況等を別紙様式 3 の所定の欄に記入願います。
(上記 5 で不要とした場合も記入)

別紙様式2 (学外用)

医 学 系 研 究 科 長	Ai センター 副センター長	受付年月日 番 号

死亡時画像検査申込書

群馬大学大学院医学系研究科長 殿

委託者 住所
電話
氏名 (病院名等)
(医師名等)

下記のとおり死亡時画像検査を申込みます。

記

- 申込区分 (□にレを記載ください)
 CT検査 (読影含む) CT撮影のみ 読影のみ
- 死亡者氏名又はID 性別 男・女 (必要な場合のみ記入)
- 生年月日 年 月 日 歳 (必要な場合のみ記入)
- 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 (国費・県費)
 (3) その他 (具体的に)
- 撮影部位 全身 特定部位 (具体的に)

- 画像診療部からのコメント (CT撮影のみの場合) 要 ・ 不要

※ 検査の理由又は臨床経過, 死亡前後の状況等を別紙様式3の所定の欄に記入願います。(上記6で不要とした場合も記入)

検査料金	領収年月日	領収書番号

領収収納

(注) 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属地, 名称, 代表者名, 担当医師名等を記入すること。

別紙様式 3

死亡時画像検査結果通知書 No 平成 年 月 日 (委託者) 殿 検査結果は下記のとおりです。			
検査受付番号		検査年月日	平成 年 月 日
検査の理由又は臨床経過、死亡前後の状況等（※委託者が記入）			
コメント	群馬大学医学部附属病院画像診療部医師名 _____		
その他			
群馬大学大学院医学系研究科長 ④			

(注) 上記のコメントは、画像所見だけからのものであり、その他の検査等に対して補足的データを供するものです。