

PET/CT 検査お申し込みについて

保険適用要件

- 悪性腫瘍の病期・再発・転移診断（他の検査、画像診断により病期・転移・再発診断が確定できない者）
※フォローアップのみ、良悪性鑑別は保険適用要件を満たしません。
- てんかん：難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者
- 心サルコイドーシス：炎症部位の診断が必要とされる患者
- 大型血管炎：診断のついている患者の、他の検査で病変の局在又は活動性の判断がつかない場合。

保険適用症例(悪性腫瘍)の選択基準

- 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること(術後を除く)
 - 再発・転移診断、もしくは病理診断により確定診断が得られない場合にはPETあるいはPET/CT以外の画像所見や他検査(※)から臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること
- ※3ヶ月以内に施行されたものであること。

具体的には以下の検査目的の範囲内で実施することが推奨されますが、実際の保険適用は症例毎に判断されることにご留意ください。

- (a) 治療前の病期診断
- (b) 二段階治療を実施中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断、たとえば術前化学療法後または術前化学放射線治療後における術前の病期診断等
- (c) 転移再発を疑う臨床徴候、検査所見などがある場合の診断
- (d) 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため、他の方法では再発の有無が確認困難な場合
- (e) 経過観察などから治療が有効と思われるにもかかわらず、他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・繊維などの非腫瘍組織による残存種瘤なのかを鑑別する必要がある場合

(日本核医学会発行「FDG PET, PET/CT 診療ガイドライン 2012」より抜粋)

予約方法

『PET/CT 検査申込書(保険診療)』へ、「保険適用要件」が判断可能な内容をご記入頂き、高機能診断センター(FAX:0267-88-7219)へお送りください。

お申し込み時、PET/CT実施前に精査目的等で行われた検査の報告書・レポートの添付を御願いたします。

※保険適応がない場合、あるいは臨床情報より保険適応外と判断した場合、検査をお断りする場合がございます。

また、検査前6時間の絶食となりますので、糖尿病治療薬等についても確認を御願いたします。

検査当日にご持参頂く物

- ・保険証
- ・予約確認票および問診票(予約確定時に当方よりお送りいたします)
- ・紹介状および検査報告書等の原本
- ・画像検査等のデータ CD-R

検査データの通知について

検査結果について、以下の通り対応が可能です。申込書所定欄にてご指定ください。

- ・画像データ:CD-Rにてご用意いたします。後日当方より郵送、もしくは検査当日患者さんへお渡しが可能です。
- ・読影結果:紙媒体でのご提供です。後日当方より郵送、もしくは発行後 FAX でお送りし原本郵送が可能です。

PET/CT 検査申込書(保険診療)

【患者基礎情報】

ふりがな.....
氏名 _____ (男・女)
生年月日 ^{T・S} _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
^{H・R}
住所 [] - []
電話(_____) 携帯(_____)

【紹介元】

紹介日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____
医師名 _____
TEL _____ (_____)
FAX _____ (_____)
 外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

診断名		検査データのお取り扱い 画像: <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日お渡し 読影: <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 発行後 FAX
検査目的		
検査希望日		
実施した画像診断 (実施日を記入)	<input type="checkbox"/> CT(_____) <input type="checkbox"/> MRI(_____) <input type="checkbox"/> エコー(_____) <input type="checkbox"/> 内視鏡等(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____) ※お申し込み時、各検査の画像、所見を添付してください。	
【検査依頼内容】(その他ご要望あればお知らせください) ※診療情報提供料算定される際は別紙添付してください 【注意】別紙『PET/CT 検査お申し込み手順書』、予約方法欄をお読みください。		

患者さんに関する確認事項

■身長 _____ cm ■体重 _____ kg

- 1週間以内の、バリウムもしくはガストログラフィン造影検査(なし・あり)
- 糖尿病(なし・あり) → 「あり」の場合の治療の内容(_____)
- ステロイドの内服(なし・あり) → 「あり」の場合の治療の内容(_____)
- 閉所恐怖症(なし・あり) ●感染症(なし・あり) → 「あり」の場合(病名: _____)
- 認知症(なし・あり) ●車いす or ストレッチャー(不要・車いす・ストレッチャー)

佐久医療センター 高機能診断センター
TEL 0267-88-7956 FAX 0267-88-7219