

FDG-PET検査の 保険適用のガイドライン

保険適用の概要

| | |
|---------------------------------|--|
| 1. 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に使用する。 |
| 2. 虚血性心疾患 (PETの点数適応) | 虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限るものとする。 |
| 3. 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く) | 他の検査、画像診断により病期診断・転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。 |
| 4. 大型血管炎 (高安動脈炎、 巨細胞性動脈炎) | 高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。 |

【検査依頼書のご利用について】

- 検査依頼書(診療情報提供書)は、2枚複写となっております。1枚目は貴院様控えとなっております。
2枚目は、患者様にお渡しし、当日ご持参ください。
(2枚複写)
1枚目 紹介医療機関様 控え
2枚目 新百合ヶ丘総合病院 控え
- 検査依頼書(診療情報提供書)の記入後、当院にFAXをお願い致します。
予約表・注意事項等の案内文は患者様にお手渡し下さい。
- 患者様の状態で、車椅子やストレッチャー等必要な場合や閉所恐怖症の有無、その他検査に関わる留意点がある場合は、検査依頼書にご記入ください。

PET 《ポジトロン放射断層撮影》 検査依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

紹介元医療機関の所在地および名称

紹介先医療機関 新百合ヶ丘総合病院 担当医 殿

〒

診療科

 外来 入院中

医師氏名

印

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------|----------------------|-------|-----|-----|-----|---------|-----|----|-----|-----|--------|---------|-----|--------|------|-------|-----|-------|----------------------|-------|-----|----|-------------------|-------|-----|----------------|--|
| 検査予定日 (予約日時) | 平成 年 月 日 時 分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者様氏名 | 男・女 明・大 年 月 日 昭・平 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者様住所 | 〒 (-) 電話番号(昼間連絡がとれる所/携帯可) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者様確認事項 | 糖尿病 有(薬剤名)・無 身長 cm 体重 kg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床診断 | てんかん 虚血性心疾患 肺癌 乳癌 大腸癌 頭頸部癌 脳腫瘍 膝癌 悪性リンパ腫 原発不明癌 悪性黒色腫 食道癌 子宮癌 卵巣癌 胃癌 腎癌 前立腺癌 骨軟部組織腫瘍 その他の悪性腫瘍() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※検査目的 | 病期診断 再発診断 転移検索 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※画像検査 | CT MRI RI 血管造影 US GIF CF 他() 実 H / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※病理検査 | ※施行した病理と結果 施 H / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※腫瘍マーカー | ※施行項目と結果 日 H / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>※上記項目を行っている場合は、必ずご記載下さい。</p> <p><臨床経過等・PET以外の検査・画像診断・腫瘍マーカー・病理診断情報記入></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p><既往歴></p> <p>-----</p> <p>-----</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査に必要な確認事項(必ずご記入下さい) | <table> <tr> <td>告知</td> <td>有・無</td> <td>I C D</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td>有・無</td> <td>ペースメーカー</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>妊娠</td> <td>有・無</td> <td>認知症</td> <td>有・無・不明</td> </tr> <tr> <td>30分程の静止</td> <td>可・否</td> <td>検査中の付添</td> <td>要・不要</td> </tr> <tr> <td>閉所恐怖症</td> <td>有・無</td> <td>チューブ類</td> <td>DIV・ドレーンチューブ・酸素・フォーレ</td> </tr> <tr> <td>腎機能障害</td> <td>有・無</td> <td>歩行</td> <td>可・不可(車椅子・ストレッチャー)</td> </tr> <tr> <td>オムツ使用</td> <td>有・無</td> <td>その他 検査に関わる留意点等</td> <td></td> </tr> </table> <p>[]</p> | 告知 | 有・無 | I C D | 有・無 | 感染症 | 有・無 | ペースメーカー | 有・無 | 妊娠 | 有・無 | 認知症 | 有・無・不明 | 30分程の静止 | 可・否 | 検査中の付添 | 要・不要 | 閉所恐怖症 | 有・無 | チューブ類 | DIV・ドレーンチューブ・酸素・フォーレ | 腎機能障害 | 有・無 | 歩行 | 可・不可(車椅子・ストレッチャー) | オムツ使用 | 有・無 | その他 検査に関わる留意点等 | |
| 告知 | 有・無 | I C D | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症 | 有・無 | ペースメーカー | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊娠 | 有・無 | 認知症 | 有・無・不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30分程の静止 | 可・否 | 検査中の付添 | 要・不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 閉所恐怖症 | 有・無 | チューブ類 | DIV・ドレーンチューブ・酸素・フォーレ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腎機能障害 | 有・無 | 歩行 | 可・不可(車椅子・ストレッチャー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| オムツ使用 | 有・無 | その他 検査に関わる留意点等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

新百合ヶ丘総合病院 地域医療連携課

〒215-0026 神奈川県川崎市麻生区古沢都古255

TEL 044-322-8113 FAX 044-322-0180