

PET/CT検査申込書（保険診療）

PET/CT検査説明 <1枚目>

お申し込み手順

1. 以下の要件に該当するかご確認ください。
2. お電話にて検査予約日時をご相談ください。
3. 日時が決定しましたら、2枚目以降に必要事項をご記入ください。
2枚目・・・当センターにFAXにて送信してください。（原本は貴院で保管してください）
3枚目・・・前処置、注意事項をご説明の上、患者様へお渡しください。

¹⁸F-FDG PET/CT検査保険適応要件

「¹⁸F-FDGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（PET-CT撮影）については、てんかんの診断又は悪性腫瘍（早期胃がんを除く）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影（CT撮影）に係るものを除く。」

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. 悪性腫瘍 （早期胃がんを除く）	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。

「診療報酬点数表」より抜粋

上記保険適用の拡大に伴い、以下の検査目的の範囲内で検査を実施するよう求められている。

- (1) 保険適用症例の選択基準
 - (a) 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。
 - (b) 上記が困難である場合には、臨床病歴、身体所見、PETあるいはPET/CT以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、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。
- (2) 検査目的
 - (a) 治療前の病期診断
 - (b) 二段階治療を施行中の患者において、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・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断
 - (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拘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・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合

「日本核医学会FDG PET・PET/CT 診療ガイドライン2010」より抜粋

※ご不明な点がございましたらご相談ください。

FAX. (086) 234-5633 医療法人 岡山画像診断センター **TEL. (086) 235-2511**

PET/CT検査紹介状（診療情報提供書）

FAX送信後貴院で保管 <2枚目>

医療法人 岡山画像診断センター
画像診断担当医

貴医療機関名
診療科
住所
電話番号
担当医（フルネーム）

印

検査予約日時 平成 年 月 日 時

（検査当日は45分前までにご来院ください）

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
患者氏名			身長	cm	体重		Kg
患者住所	〒	—	電話	(自宅)			(携帯)
悪性腫瘍病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍病名（ ） <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 自費		検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
他の検査	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他（ ）		※ CT・MRI等の画像診断がすでに施行されている患者様が保険適応になります。他院での検査でも結構です。必ず参考フィルムを患者様にお渡し下さい。				
病理検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり（ ）		※ 特にご希望がない場合は眼窩～大腿基部までとなります。				
結果の画像	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム	返送方法	<input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送				

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方

腫瘍マーカー・その他		
検査日	/	/
CEA		
CA19-9		
CA125		
AFP		
SCC		
CRP		

検査前確認事項

手術歴	年 月	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	年 月	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
化学療法	年 月	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	年 月	心臓PM・ICD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり メーカー名と機種（ ）
放射線治療	年 月	付属物	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸液（末梢・CV）
	年 月	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

鎮静の必要、患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所等を記入すること。かつ、患者住所および電話番号を必ず記入すること。

FAX. (086) 234-5633 医療法人 岡山画像診断センター TEL. (086) 235-2511

医療法人 岡山画像診断センター

貴医療機関名

受診案内書（予約表）

診療科

PET/CT検査

住所

電話番号

担当医（フルネーム）

印

検査予約日時 平成 年 月 日 時

(検査当日は45分前までにご来院ください)

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
患者氏名			身長	cm	体重		Kg
患者住所	〒	—	電話	(自宅)			(携帯)



ご持参いただくもの

- ・受診案内書（予約票） ……本状
- ・健康保険証、公費負担医療証など



検査費用

- ・保険診療の方 ……約**30,000円**（3割負担の場合）
- ・保険外診療の方 ……**88,000円**（税込）



食事

- ・検査開始**5時間前**までにすませください。
 - ・アメ、ガム、ジュース、スポーツ飲料など、糖分を含むものは**必ずお控えください**。
(ただし、水またはお茶は飲んでも構いません)
- ※ 糖尿病で治療されている方は、治療薬（インスリン、飲薬）につきましては、主治医にご相談ください。



注意事項（必ずお読みください）

- ・検査前に診察・更衣がありますので、検査予約時間の45分前までにご来院ください。
- ・検査予定日から1週間前のバリウム検査、および当日の造影CT検査はできる限りお控えください。
- ・受付から検査終了までの所要時間は約3時間を要します。
- ・検査前日および当日の激しい運動はお控えいただき、のども安静に保ってください。
- ・受付時間に間に合わない場合や来院できない場合には当センターまでご連絡ください。
- ・検査結果の説明は致しておりませんので、主治医の先生から説明をお受け下さい。
- ・機械のトラブルなどで検査開始時間が遅れたり、検査が行えない場合がございます。予めご了承ください。
- ・当日、前処置（お食事や運動などの制限）を行われなかった方、血糖値が高い方は、検査を中止、もしくは時間を変更して検査をさせていただく場合があります。

※ 検査前日までに検査に関するご連絡をさせていただきます。予めご了承ください。

※ 何かご不明な点がございましたら当センターまでお気軽にご連絡ください。