PET/CT検査申込書（保険診療）

<1枚目>
PET/CT検査説明

お申し込み手順

1. 以下の要件に該当するかご確認下さい。
2. お電話にて検査予約日時をご相談下さい。
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下さい。
   2枚目・・・当センターにFAXにてご送信下さい。（原本は貴院にて保管下さい。）
   3枚目・・・前処置、注意事項をご説明の上、患者様へお渡し下さい。

^{18}F-FDG PET、PET/CT検査保険適用要件

^{18}FDGを用いたポジトロン断層撮影（PET/CT撮影）ついては、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・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。

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. 心疾患	心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。（※）
3. 悪性腫瘍 （早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	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. 血管炎	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。

「診療報酬点数表」より抜粋

（※）虚血性心疾患の診断、^{13}N標識アンモニア剤を用いた検査は、当センターでは実施しておりません。

上記『3. 悪性腫瘍』については、具体的には以下の検査目的の範囲内で検査を実施することが推奨されているが、実際の保険適用は症例毎に判断されます。保険適用要件は大変厳しく制限されており、該当しない疾患や目的によっては、自由診療となることをご留意ください。

（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）病理診断により確定診断が得られない場合には、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）臨床的意義

（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かかわらず他の画像診断等で腫瘤が残存しており、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腫瘤なのか、を鑑別する必要がある場合

（f）悪性リンパ腫の治療効果判定

「FDG PET・PET/CT 診療ガイドライン2018」より抜粋

以下の条件に該当する場合は通常の検査枠では実施できません。予約の際にお問い合わせください。

・心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断
・てんかんの診断
・低体重の方（35kg以下）

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）

<2枚目>
FAX送信後貴院保管

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 ○○診療所
診療科 ○○診療科
所在地 岡山県岡山市○○
電話番号
担当医（フルネーム） 画像　太郎 ㊞

検査予約日時： 0000年 00月 00日 00時00分

（検査当日は45分前までにご来院ください。）

ふりがな	しんだん　はなこ	性別	生年月日	□T □S □H 年 月 日（ 歳）	
患者氏名	診断　花子	他	身長	cm	体重 kg
患者住所	〒000 － 0000 ※建物名まですべて正しくご記入ください		電話	（自宅） （携帯）	
病名	□悪性腫瘍確定病名（ ） □てんかん □心サルコイドーシス □自費		検査目的	□病期診断 □再発診断 □転移検索 □他（ ）	
他の検査	□ ガリウムシンチ □ CT ■ MRI □ 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）必ず参考画像等を患者様にお渡し下さい。				
病理検査	□ なし □ あり（ ）		告知	□ なし □ あり	
撮影範囲	□希望なし □ 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	□ CD □ フィルム		結果返送方法	□ 郵送 □ 患者様持ち帰り	

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

できる限り詳しくご記入をお願いいたします

腫瘍マーカー・その他		
検査日	/	/
CEA		
CA 19-9		
CA 125		
SCC		

検査前確認事項

※ 検査前1週間内のバリウム検査と、検査前日及び当日のヨード造影剤の使用は必ずお控え下さい。

手術歴	年 月	糖尿病	□なし □あり（インシュリン・内服）
	年 月	心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ	□なし □あり
化学療法	年 月	除細動器	メーカー名（ ）
	年 月	付属物等	□酸素 □輸液 □気管切開
	年 月	閉所恐怖症	□なし □あり
放射線治療	年 月	撮影30分間の静止	□可 □不可（ ）
	年 月	妊娠	□なし □あり
入外区分	□入院 □外来	患者移動方法	□歩行 □車椅子 □ストレッチャー

（鎮静の実施や患者様の状態によっては、医療従事者のご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。

入力内容をリセット

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

E1002412

医療法人 岡山画像診断センター

受診案内書（予約票）

貴医療機関名 ○○診療所
診療科 ○○診療科
所在地 岡山県岡山市○○
電話番号
担当医（フルネーム） 画像　太郎 ㊞

検査予約日時 ： 0000 年 00 月 00 日 00 時 00 分

（検査当日は45分前までにご来院ください。）

ふりがな	しんだん　はなこ	性別	生年月日	□T □S □H　年　月　日（　歳）	
患者氏名	診断　花子	他	身長	cm	体重　kg
患者住所	〒 000－0000　※建物名まですべて正しくご記入ください		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 ※ クレジットカードもご利用いただけます。

- **保険診療の方　‥‥‥ 約 3 万円（3割負担の場合）**
- **保険外診療の方　‥‥‥ 約 9 万円前後（税込）**

食事

- **検査開始 6 時間前** までに **軽食で** 済ませてください。
- **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、内服）につきましては、主治医にご相談ください。

注意事項

・検査前に診察・更衣がありますので、検査開始時間の **45 分前までに**ご来院ください。
・以下の項目に該当する場合は、PET/CT検査に影響する為、検査を行うことはできません。
　① 検査前1週間内にバリウム検査をされた方
　② 検査前日及び当日にヨード造影剤を用いた検査をされた方
・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。
・受付から検査終了までの所要時間は約3時間を要します。
・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、血糖値が高かった方は、検査を中止、
　もしくは時間を変更して検査させていただく場合がございます。

※ 検査前日までに検査に関するご連絡をさせて頂きます。予めご了承ください。
※ 何かご不明な点がありましたら当センターまでお気軽にご連絡ください。

医療法人 岡山画像診断センター　TEL.(086)235-2511