

FDG-PET/CT検査申込書（診療情報提供書兼用）

フリガナ 患者氏名		住所 〒		-	
生年月日	T.S.H.R	年		月	
現在所在	<input type="checkbox"/> 外来通院	<input type="checkbox"/> 入院中（病棟		）	
PET検査の日時	令和	年		月	
参考資料の提出方法	<input type="checkbox"/> 患者持参	<input type="checkbox"/> 郵送			
画像受取媒体	<input type="checkbox"/> CD (DICOM)	<input type="checkbox"/> フィルム			
結果受取期限	<input type="checkbox"/> 3日以内	<input type="checkbox"/> 4~5日以内	<input type="checkbox"/> 1週間以内		
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		
連絡先①	(		)		
連絡先②	(		)		
職業					
日	(		曜日)		
時					
分					
請求方法	<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> 自費診療	<input type="checkbox"/> 包括医療		

傷病名					
既往症・家族歴					
手術歴	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	仰臥位での30分静止	
体内埋込	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可能	
				<input type="checkbox"/> 不安あり	
臨床経過					
備考（処方等）					

留意事項

糖尿病の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	空腹時血糖		mg/dl
インスリンの使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(		)
ステロイドの使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(		)
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(		)

年 月 日

紹介先医療機関	紹介元医療機関名
医療法人社団浅ノ川	
浅ノ川総合病院 放射線科	所在地
担当医 殿	電話番号
	FAX番号
	診療科
	科
	医師名
	印

# FDG-PET/CT 検査保険適応要件チェック表

## PET検査申込書（診療情報提供書兼用）と一緒に提出ください

・保険者より厳格な保険適応の要件確認が実施されますので、下記の項目の記載及びチェックをお願いします。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

### ①悪性腫瘍の確定病名

貴院と当院のPET施行月レセプトが突合されます。貴院と同一の病名にてPET検査を実施いたします。

貴院のレセプトに記載した又は、する病名	確定診断の根拠（該当する理由に☑をお願いします。）
	<input type="checkbox"/> 病理診断による悪性腫瘍の確定診断 <input type="checkbox"/> 臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断した （画像診断等での腫瘍の存在が確認されている場合のみ）

注意）疑い病名、早期胃癌は保険適応外となります。

### ②PET検査の目的（該当する目的に☑をお願いします。複数選択可能です）

悪性腫瘍の場合は、他の検査・画像診断により、病期・転移・再発が確定できない場合にのみ保険適応となります。

<input type="checkbox"/> 術前病期診断	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 注意）悪性リンパ腫以外の悪性腫瘍における治療効果判定は保険適応外です。
<input type="checkbox"/> 転移・再発の診断	
<input type="checkbox"/> その他の病期診断	

### ③PET検査依頼にあたり実施した検査（3か月以内に実施された検査をご記入ください。）

検査種別	所見
検査日 _____ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）	<input type="checkbox"/> （ _____ ） 癌の術後再発を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 肺転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 肝転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> （ _____ ） 転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 頸部・縦隔、腋窩、傍大動脈、腹腔内、骨盤内、その他（ _____ ） リンパ節転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 癌性胸膜炎（胸膜転移）を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 癌性腹膜炎（胸膜転移）を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> （ _____ ） 転移が確定されたが、原発巣が確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかな異常所見は認められなかった。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
検査日 _____ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）	<input type="checkbox"/> （ _____ ） 癌の術後再発を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 肺転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 肝転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> （ _____ ） 転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 頸部・縦隔、腋窩、傍大動脈、腹腔内、骨盤内、その他（ _____ ） リンパ節転移を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 癌性胸膜炎（胸膜転移）を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 癌性腹膜炎（胸膜転移）を疑うが、確定できなかった。 <input type="checkbox"/> （ _____ ） 転移が確定されたが、原発巣が確定できなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかな異常所見は認められなかった。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
腫瘍マーカー（ _____ ）	結果値（ _____ ） 検査日（ _____ ）
腫瘍マーカー（ _____ ）	結果値（ _____ ） 検査日（ _____ ）
<input type="checkbox"/> 上記の保険適応要件を満たしますので、保険診療として予約します。 <input type="checkbox"/> 上記の保険適応要件に該当しないため、自由診療として予約します。	

浅ノ川総合病院 PET-CT受付（電話・FAX兼 076-252-1438） 宛

依頼日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_