

# PET/CT 検査依頼書（診療情報提供書）

検査予約日時：20 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

紹介元医療機関名	所在地
診療科	電話番号 — — 内線
依頼医師氏名	

ふりがな 受診者氏名 性別	男 ・ 女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 西暦 年 月 日
住所	〒	連絡先	電話番号 (自宅 ・ 勤務先) 携帯電話

臨床診断 および 検査目的	脳腫瘍 ・ 頭頸部癌（咽頭 ・ 喉頭 ・ 舌 ・ 甲状腺） 肺癌 ・ 乳癌 ・ 食道癌 ・ 胃癌（早期胃癌は除く） 肝癌 ・ 膵癌 ・ 大腸癌 ・ 卵巣癌 ・ 子宮（体癌 ・ 頸癌） 前立腺癌 ・ 悪性リンパ腫 ・ 悪性黒色腫 その他の悪性腫瘍（病名 )	病期診断 転移診断 再発診断
	心サルコイドーシス ・ 大型血管炎	
	脳アミロイド検査	

※保険適応外と思われる場合には、全額自己負担で検査しても構わないか？（はい ・ いいえ）

病理診断	
実施検査 (3か月以内)	CT ( 年 月 日) MRI ( 年 月 日) US ( 年 月 日) 腫瘍マーカー ( 年 月 日) その他 ( ) ( 年 月 日)

臨床経過や検査結果【特に1年以内の手術・放射線治療歴の内容・月日を記入ください。】

※Ga 悪性腫瘍シンチと FDG-PET 検査の同月内での施行は、保険請求ができません。  
※画像データ（フィルム）や読影レポートのご持参もお願いいたします。  
※脳アミロイド検査の場合は、MMSE・CDRの結果もご記入ください。

既往歴・家族歴

患者情報	病状告知	無 ・ 有	体重	kg
	外来通院中 ・ 入院中 ( 病棟)		DPC 適用	無 ・ 有
	移動方法	独歩・杖歩行・車椅子・寝台	排泄状況	自立・おむつ・全介助
	糖尿病	無・有 (HbA1c ) 薬物療法の場合 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン (薬剤名 )	麻薬使用	無・有 (薬剤名 ) レスキューの使用経験 無・有 (薬剤名 )
	アレルギー	無・有 ( )	感染症	無・有 ( )

# PET 検査保険適用要件チェック表

患者名 \_\_\_\_\_ 様

- ・ 保険適用確認のため、このチェック表を PET/CT 検査依頼書（診療情報提供書）と共に提出して下さい。
- ・ ご依頼いただく場合には、貴院のカルテ・診療報酬明細に下記の病名記載が必要となります。  
（診療報酬審査時に、貴院の傷病名と突き合わせが行われます。）

※ 該当する箇所にチェック・ご記入下さい

- 悪性腫瘍（転移を含む）\*疑いや早期胃癌は保険適用外です。  
病理による確定診断が得られない場合は、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されるもの。  
他の検査、画像診断により病期診断又は転移・再発診断が確定できない患者に使用する。  
画像などで腫瘍が確認されていない腫瘍マーカー高値、不明熱、体重減少等での原発不明癌は保険適用外。

悪性腫瘍病名	<input type="checkbox"/>	病理診断により悪性腫瘍の確定診断がついている
	<input type="checkbox"/>	臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される (画像診断等で腫瘍の存在が確認されているものに限り)

※上記に病名をご記入頂き、この病名と貴院のカルテの病名が一致しているかご確認ください。

<input type="checkbox"/>	画像診断（検査名・検査実施日）	<input type="checkbox"/>	病期診断が困難 (画像診断が必須です)
	CT ; 年 月 日 MRI ; 年 月 日 ; 年 月 日		
<input type="checkbox"/>	他の検査（検査名・検査実施日）	<input type="checkbox"/>	転移・再発診断が困難
	; 年 月 日		

- サルコイドーシスと診断が確定し、かつ 心病変を疑う検査所見を認める患者  
または 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
- 大型血管炎（他の検査で病変の局在 または 活動性の判断がつかない患者）

- 脳アミロイド検査（下記にチェックをお願いします）
- 治療薬の最適使用推進ガイドラインの投与対象となる患者
  - 依頼医は治療薬の最適使用推進ガイドラインに従った治療が可能
  - 患者は過去に保険で脳アミロイド PET 検査を受けたことがない。もしくは治療薬を中断中で、初回投与から 18 か月を超え かつ 再投与を予定
  - アミロイドβ 42/40 比（髄液）検査を受けていない患者

- 上記の保険適応疾患および要件を満たすので、保険診療として予約します。
- 上記の保険適応疾患および要件に該当しないので、自費診療として予約します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日