

令和 年 月 日

PET/CT検査依頼書

岩手医科大学附属病院 患者サポートセンター
核医学 PET-CT 受付FAX 019-611-8071
TEL 019-613-7111(内3195)

フリガナ				検査 希望日時	① 月 日(曜日) 時
患者氏名					② 月 日(曜日) 時
生年月日	・大・昭・平・令 年 月 日(歳)		性別	男 ・ 女	
住 所	〒 ※電話番号 () -				
岩手医科大学附属病院 受診歴	無 ・ 有 = ID 番号()			旧姓・旧住所での受診歴がある際には、 お電話にて確認をとらせていただく場合 があります。ご了承下さい。	
確定病名					
検査目的	病期診断 ・ 再発診断 ・ その他()				
症状経過・既往歴(病変のサイズ・部位・病理診断など)					
<p>※検査薬剤の都合上予約のキャンセルは3日前までに上記にご連絡いただきますようお願いいたします。 ※上記以降はキャンセル料(薬剤費約55,000円)を負担いただくこととなりますのでご了承ください。</p>					
患者情報	・体重 kg 身長 cm		・手術経験 有 ・ 無		
	・移動 車椅子 ・ 寝台 ・ 独歩可能		・妊 娠 有 ・ 無(月)		
	・腫瘍マーカー ()		・アレルギー 有 ・ 無()		
	異常の有無 有 ・ 無		・授 乳 有 ・ 無		
	・施行した画像診断 CT・MRI・RI・US・その他()		・糖 尿 病 有 ・ 無		
	・感染症 SIS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他()		・閉所恐怖症 有 ・ 無		
			・ペースメーカー 有 ・ 無		
紹介元医療機関名				TEL	
担当医師名				FAX	

■ 保険証のコピーを添付してください。

■ FAX受付時間 平日8:30~17:00 第1、4土曜8:30~12:30

受付時間内の受付分は原則当日にお返事をお送りいたします。受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合があります。ご了承ください。受付時間外は翌日または休日明けのご返信となります。

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)

【PET CT 検査の保険適用要件チェック表】

(疾患名(病名)及び理由を下表により該当するものについて確認をお願いします。)

疾患名(病名)	具体的な理由
<input type="checkbox"/> 心サルコイドーシス	心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断
<input type="checkbox"/> 大動脈炎	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場合
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ※ 早期胃がんを除く	他の検査や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方の場合

※下記に該当した場合保険診療にはなりません

◇以下の場合には**保険適用外**となります(自費診療で約 13 万円)

※不明熱、高 CRP 血症のみでの癌全身検索

※根治治療後で再発の蓋然性が全くないスクリーニング検査

※癌否定のための検査

※患者様や家族の希望による検査は保険適用にはなりません。

※病期診断、転移、再発診断目的の場合、画像診断(3 ヶ月以内)や他の検査の精査が行われていないと保険適用にはなりません。

精密検査に用いた画像、病理診断等の検査結果の添付をお願いする場合があります。

※化学療法や放射線治療の効果判定目的(悪性リンパ腫は除く)

※再発を疑う強い所見がない定期的な経過観察

※腫瘍マーカー高値のみによる疑い検査目的

※同一月内にガリウムシンチグラフィが実施されている場合