

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 年 月 日(曜日) 時 分
患者氏名			② 年 月 日(曜日) 時 分
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)			
<small>※検査薬剤の都合上、予約のキャンセルは前日(休診日の場合はその前の診療日)の12時までに、ご連絡をお願いいたします。場合によってはキャンセル料(放射性医薬品購入費用)をお支払いいただくことがありますので、ご注意ください。</small>			
患者情報	・体重 kg 身長 cm ・移動 車椅子 寝台 独歩可能 ・腫瘍マーカー( ) 異常の有無 有 無 ・施行した画像診断 CT MRI RI US その他( ) ・感染症 STS HBV HCV HIV MRSA その他( )	・手術経験 有 無 ・妊娠 有 無 ・アレルギー 有 無 ( ) ・授乳 有 無 ・糖尿病 有 無 ・閉所恐怖症 有 無 ・ペースメーカー 有 無	
紹介元医療機関名		診療科名	
担当医師名			
TEL		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

受付時間内の受信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。 ご了承下さい。

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)

令和 年 月 日

## 【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 ※ <b>早期胃がんを除く</b>	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**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