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　　FAX　019-611-8071

核医学　PET-CT 受付　　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)

※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。

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
	・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 STS　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		診療科名	
担当医師名			
TEL		FAX	

■ **医療情報が確認できる書類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土曜日8:30～17:00**

※原則として第1土曜日が診療日となりますが、祝日や連休等の状況により、第2土曜日等に変更となる月がございます。

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)

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
□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
□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
□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