

PET-CT検査保険適用確認について

済生会西条病院地域連携室を通じてPET-CT検査を依頼される場合、検査依頼される主治医が適否判断と患者さんに十分な説明をお願いいたします。また、下記に保険適用の確認と疾患名等をご記入ください。

【保険適応疾患】

- 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む)の確定診断後の患者
 - 病期診断:他の検査、画像診断により病期が確定できない方
 - 転移・再発診断:他の検査、画像診断により転移・再発が疑われている方
- 血管炎 高安動脈炎等の大型血管炎 他の検査で局在又は活動性の判断のつかない患者
- てんかん 難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者
- 心疾患
 - 虚血性心疾患による心不全患者の心筋組織のバイアビリティ診断(シンチグラフィで判断困難な場合に限る)
 - 心サルコイドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合)
 - 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

【適応確認】

適応症	疾患名	病期診断	転移・再発診断
悪性腫瘍		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

適応症		備 考
血管炎	☐	局在又は活動性の判断がつかない患者
てんかん	☐	詳細な情報を予約決定時に確認させていただきます。
心疾患	☐	詳細な情報を予約決定時に確認させていただきます。

自費診療	☐	費用について患者説明済み	☐
------	--------------------------	--------------	--------------------------

【算定確認】

	あり	なし
同一月内 コンピューター断層(CT)撮影	☐	☐
同一月内 ガリウムシンチグラフィ検査	☐	☐

【注意事項】

- ・同一月内に悪性腫瘍診断目的にてガリウムシンチグラフィ検査を行っている
 - ・治療効果判定(悪性リンパ腫を除く)
- 上記の場合は保険適応外です。

患者氏名 _____

医療機関名 _____

紹介医氏名 _____