

虎の門病院付属画像診断センター FDG-PET/CT検査依頼書(診療情報提供書)

フリガナ 患者氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日
患者住所 〒	虎の門病院 受診歴 有 ・ 無	虎の門病院 診察券番号
自宅電話 ☎	当センターからの連絡は、 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 を優先する。 *希望の方にチェック	ご依頼の際には、2枚目のPET/CT検査の保険適用要件をよくお読みください。ご依頼内容が要件に該当しない可能性がある場合、当方よりご連絡させていただきます。なお、自費での検査をご希望の場合は、下の自費欄にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 自費
携帯電話 ☎		

予約確定日時 年 月 日 () 時 分 *電話で確定した日時をご記入ください。

◆検査目的	① <input type="checkbox"/> 癌・悪性腫瘍 (病名:) <input type="checkbox"/> 過去6ヶ月以内に実施した <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他 () の検査で病期診断、転移、再発の診断ができないため <input type="checkbox"/> 癌の既往があり腫瘍マーカーが上昇しているため	原疾患となる癌・悪性腫瘍の確定病名と、 転移を疑う場合はその病名を書いてください。 例：大腸癌術後 肺転移疑い	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断
	② <input type="checkbox"/> 心臓サルコイドーシス	炎症活動性の評価	
	③ <input type="checkbox"/> 大型血管炎	炎症活動性の評価	

◆臨床経過: PET/CT検査を必要とする理由 ※この内容がレセプトに反映されます。必ずご記入ください。

※治療効果判定での保険適用は悪性リンパ腫のみ認められています。

心臓ペースメーカー使用	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ 機種 ()
植込み型除細動器使用	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ 有の方は検査できません。
閉所恐怖症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	()
糖尿病	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ 空腹時血糖(mg/dl), HbA1c(%) → 糖尿病の使用薬剤()
(女性の方) 妊娠の可能性	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	(女性の方) 授乳の有無 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 (介助の必要性 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有) <input type="checkbox"/> 車椅子 (介助の必要性 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有)	*ストレッチャーの方は検査できません
特殊項目	<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()	*完全自己管理できる方のみ

* 医療者の被曝防止上、理解度(認知症など)やADLに応じて、**家族の介助が必要**です。
 付き添いがない方と、ストレッチャー移動が必要な方は検査をお受けいただけません。

チェック <input type="checkbox"/>	確認し、患者または 家族に説明した
----------------------------------	----------------------

検査依頼者 FAX送信日 年 月 日

医療機関名 所在地 〒 TEL: FAX:	診療科 医師名
-----------------------------	------------

～ご依頼可能なFDG-PET/CT検査の保険適用要件について～

虎の門病院では、以下の要件での紹介検査を保険でお受けいたしております。

①	悪性腫瘍(早期胃がんを除き、悪性リンパ腫を含む)	<p><u>他の検査、画像診断により病期診断や転移・再発の診断が確定できない悪性腫瘍の患者が適用となります。</u></p> <p>⇒悪性腫瘍の病期診断がついていることが原則ですが、医学的理由から生検等を実施していない場合にも臨床的に悪性腫瘍の蓋然性が高ければ保険適用が認められています。</p> <p>例) ◆ 肺異常陰影 : CTで肺腫瘍があり、肺癌の蓋然性が高い。 ◆ 膵癌 : MRI、超音波検査で膵腫瘍があり、膵癌の蓋然性が高い。</p> <p>※ 腫瘍マーカーが上昇しているだけの場合は保険適用になりませんので、ご注意ください。</p> <p>悪性リンパ腫の治療効果判定には保険適用が認められ、転移・再発診断の一つとして算定されています。</p> <p>※ その他の疾患の治療効果判定には、保険適用が認められておりません。</p>
②	心サルコイドーシス	<p><u>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が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または心エコー所見を認める場合に限る)、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に使用します。(ただしPET検査としての算定のみ。)</u></p>
③	大型血管炎(高安または巨細胞性動脈炎)	<p><u>すでに大型血管炎と診断がついている患者において他の検査で病変の局在または活動性の判断がつかない場合に使用します。</u></p>

(ご注意)

①②③とも、主病名は「疑い」ではなく**確定した病名**となります。

いずれにも該当しない場合(例: 検診にて腫瘍マーカーが高いが原因が分からない、癌を患ったことがあり、再発や転移を疑う所見はないが、念のため確認しておきたい等)は、医師の勧めによる場合は自費、ご本人希望の場合は検診でのお申込みをお願いいたします。