

PET/CT 検査依頼書（診療情報提供書）

検査予約日時：20 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

紹介元医療機関名	所在地
診療科	電話番号 — — 内線
依頼医師氏名	

ふりがな 受診者氏名 性別	男 ・ 女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 西暦 年 月 日
住所	〒	連絡先	電話番号 (自宅 ・ 勤務先) 携帯電話

臨床診断 および 検査目的	脳腫瘍 ・ 頭頸部癌（咽頭 ・ 喉頭 ・ 舌 ・ 甲状腺） 肺癌 ・ 乳癌 ・ 食道癌 ・ 胃癌（早期胃癌は除く） 肝癌 ・ 膵癌 ・ 大腸癌 ・ 卵巣癌 ・ 子宮（体癌 ・ 頸癌） 前立腺癌 ・ 悪性リンパ腫 ・ 悪性黒色腫 その他の悪性腫瘍（病名)	病期診断 転移診断 再発診断
	心サルコイドーシス ・ 大型血管炎 ・ その他()	

※保険適応外と思われる場合には、全額自己負担で検査しても構わないか？（はい ・ いいえ）

病理診断	
実施検査 (3か月以内)	CT (年 月 日) MRI (年 月 日) US (年 月 日) 腫瘍マーカー(年 月 日) その他() (年 月 日)

臨床経過や検査結果 【特に1年以内の手術・放射線治療歴の内容・月日を記入ください。】

※同一月に Ga 腫瘍シンチグラフィ施行の場合、保険請求困難となります。
※画像データ（フィルム）や読影レポートのご持参もお願いいたします。

既往歴・家族歴

患者情報	病状告知	無 ・ 有	体重	kg
	外来通院中 ・ 入院中 (病棟)		DPC 適用	無 ・ 有
	移動方法	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ 寝台	排泄状況	自立 ・ おむつ ・ 全介助
	糖尿病	無 ・ 有 (HbA1c) 薬物療法の場合 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン (薬剤名)	麻薬使用	無 ・ 有 (薬剤名) レスキューの使用経験 無 ・ 有 (薬剤名)
	アレルギー	無 ・ 有 ()	感染症	無 ・ 有 ()

2020/4/1

PET 検査保険適用要件チェック表

患者名 _____ 様

- ・ 保険適用確認のため、このチェック表を PET/CT 検査依頼書（診療情報提供書）と共に提出して下さい。
- ・ ご依頼いただく場合には、貴院のカルテ・診療報酬明細に下記の病名記載が必要となります。（診療報酬審査時に、貴院の傷病名と突き合わせが行われます。）

該当する箇所にチェック・ご記入下さい

悪性腫瘍（転移を含む）*疑いや早期胃癌は保険適用外です。
 病理による確定診断が得られない場合は、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されるもの。
 他の検査、画像診断により病期診断又は転移・再発診断が確定できない患者に使用する。
 画像などで腫瘍が確認されていない腫瘍マーカー高値、不明熱、体重減少等での原発不明癌は保険適用外です。

悪性腫瘍病名	⇒	<input type="checkbox"/> 病理診断により悪性腫瘍の確定診断がついている <input type="checkbox"/> 臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される （画像診断等で腫瘍の存在が確認されているものに限ります）
--------	---	--

※上記に病名をご記入頂き、この病名と貴院のカルテの病名が一致しているかご確認ください。

	⇒	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">□</td> <td style="width: 15%;">画像診断（検査名・検査実施日）</td> <td style="width: 75%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>CT ;</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MRI ;</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>;</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>他の検査（検査名・検査実施日）</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>;</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>		□	画像診断（検査名・検査実施日）				CT ;	年 月 日			MRI ;	年 月 日			;	年 月 日			他の検査（検査名・検査実施日）				;	年 月 日	⇒	<input type="checkbox"/> 病期診断 （画像診断が必須です） <input type="checkbox"/> 転移・再発診断
	□	画像診断（検査名・検査実施日）																										
		CT ;	年 月 日																									
		MRI ;	年 月 日																									
		;	年 月 日																									
		他の検査（検査名・検査実施日）																										
		;	年 月 日																									

が困難である

- サルコイドーシスと診断が確定し、かつ 心病変を疑う検査所見を認める患者
 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
- 大型血管炎
 （他の検査で病変の局在 または 活動性の判断がつかない患者）

上記の保険適応疾患および要件を満たすので、保険診療として予約します。

上記の保険適応疾患および要件に該当しないので、自費診療として予約します。

_____ 年 月 日