

この用紙をFAXにて下記までお送りください
岐阜県立多治見病院 医療連携・診療支援課(医療連携担当)
専用FAX 0572-22-7948

PET/CT検査保険適用チェックリスト

医療機関名 _____

医師名 _____

患者様氏名 _____

保険診療としてPET/CT検査をご依頼の際には、下記の適応要件の該当する項目にチェックの上、医療連携室までFAXしてください。(※本チェックリストは紹介状とともに当日ご提出下さい。)

※患者様自身で移動のできない方(ストレッチャー、車椅子等利用の方)は検査できません。また、注射後2時間お一人で安静及び撮影時間30分の静止が保たれない方も検査できませんのでご了承ください。

【適用要件】

平成30年4月保険改定による適用変更ありました。

1	悪性腫瘍 ※早期胃癌を除く ※悪性リンパ腫を含む	PET/CT 適用検査	☐ 病期診断	☐ 転移・再発診断
2	てんかん	PET/CT 適用検査	☐ 難治性部分てんかんで、外科切除が必要とされる場合	
3	心疾患	PETのみの 適用検査	☐ 虚血性心疾患による心不全患者における、 心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる場合 (他の検査で判断のつかない場合に限る) ☐ 心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が 必要とされる場合	
4	血管炎	PET/CT 適用検査	☐ 高安動脈炎等の大型血脈炎において、他の検査で病変 の局在又は活動性の判断が付かない場合	

※ 同一月内でのガリウムシンチとの併用は出来ませんのでご配慮をお願いします。

※ 鑑別診断目的は保険適用外ですのでご注意ください。

※ 心筋組織バイアビリティ診断は他の検査で判断のつかない場合に限ります。

※ 疑い病名は、保険適用外ですが、病理診断による確定診断が得られなかった場合については、
臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されれば、従前のとおり保険算定されます。

※ 確認事項 (必須)

身長(cm) 体重(kg) 独歩 (可能 不可) 妊娠の有無 (有 無)
ICD(植込み型除細動器)が体内にありますか (有 無) 腫瘍マーカーの検査の有無 (有 無)

病期診断:	確定した悪性腫瘍の治療前で、他の検査・画像診断により病期が確定できない場合。
転移・再発診断:	確定した悪性腫瘍の治療後で、他の検査・画像診断により転移・再発の診断が確定できない場合。

予約に関するお問い合わせは

岐阜県立多治見病院 医療連携・診療支援課(医療連携担当:0572-22-5311 内線2488)までお問い合わせください。

検査、治療に関するお問い合わせは

岐阜県立多治見病院 放射線科(0572-22-5311 内線:2667 9:00-14:00)までお問い合わせください。