

診療情報提供書(PET/CT検査依頼書)

昭和医科大学横浜市北部病院

北部病院 ID :		感染症	
フリガナ		HBs 抗原 (+ - 未)	
患者氏名 :		HCV 抗体 (+ - 未)	
生年月日 :		血清梅毒反応 (RPR TPLA)	
(明・大・昭・平・令) 年 月 日		MRSA (+ - 未)	
性別 男 ・ 女	身長 cm 体重 kg	HIV抗原・抗体 (+ - 未)	
		その他 ()	
依頼医療機関名 :		空腹時血糖値	
TEL(- -)			
依頼医師 :		mg/dl	
検査予定日: 年 月 日		午前 ・ 午後 時 分	
薬剤アレルギー(有 無) 閉所恐怖症(有 無)			
30分制止(可 不可) 妊娠(+ -)			
※介助が必要な患者さんに対するPET/CT検査は受け入れておりません。			
※閉所恐怖症の患者さんは検査を行えない場合があります。			
※妊娠またはその可能性がある患者さんの検査は受け入れておりません。			
心臓ペースメーカー(有 無) 除細動器(有 無)			
※心臓ペースメーカー、除細動器を挿入された患者さんは、PETのみの検査になります。			
臨床診断(病名)			
(下記保険適応項目に該当しない場合、保険診療として取扱うことができませんので、適切な病名を日本語で記載願います)			
臨床経過/検査目的(※病理診断結果、腫瘍マーカー値、画像診断検査等を併せてご記載願います)			

予約取得者 :

(1) 保険適用に関する注意事項

【悪性腫瘍】

●早期胃がんを除き、悪性リンパ腫を含む全ての悪性疾患	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発が確定できない患者（確定診断がついていることが必要です。）
----------------------------	---

【悪性腫瘍以外の疾患】

●てんかん	難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者
●虚血性心疾患	虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者（ただし、通常的心筋シンチグラフィで判定困難な場合に限定する。）
●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が必要とされる患者

(2) 保険適用を判断するポイント

- 腫瘍マーカー高値のみでは不十分です。
- 「疑い」病名では適応になりません。

(3) 保険適用とならない事例

- ・ペースメーカー、肺気腫があり、肺癌ができていないかスクリーニング目的でのPET依頼
- ・腫瘍マーカーCEAの上昇を指摘され、胸腹部CTを行うも腫瘍性病変を発見できずPET依頼
- ・悪性リンパ腫の化学療法後、定期的フォローアップの目的によるPET依頼 など

20250401 改訂