

PET-CT 検査確認書 ID・患者氏名

済生会今治病院に、総合医療支援室(地域連携室)を通じてPET-CT検査を依頼される場合は、下記の保険適用条件、検査チェックリストの該当する にチェックし、保険適用の可否を判断の上、患者様に十分な説明を行ってください。

健康診断などの保険適用外の検査については、当院のPETがん検診をご案内ください。

【保険適用疾患】(令和元年10月現在)

<input type="checkbox"/>	悪性腫瘍(早期胃がんをのぞき悪性リンパ腫を含む)大型血管炎	<input type="checkbox"/> 他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
		<input type="checkbox"/> 病理診断による確定診断は得られていないが、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者

★保険適応: 脳疾患(てんかん)と心疾患(虚血性心疾患)、心サルコイドーシスの炎症部位の診断についてのPET-CT検査は当院では行っておりません。

★同一月内にガリウムシンチグラフィを行っている場合は、保険適用されません。

★その他、多様なケースがあり事前に検査の状況などにより、保険算定の可否が判断されますので、個別にご相談ください。

【検査チェックリスト】(以下にもチェックしてください。)

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	糖の入った輸液	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	糖分の入った輸液は、検査の6時間前までに止めて下さい
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス(ただし、介助不要)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(空腹時血糖 mg/dl)	
バリウム検査歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	2週間以内のバリウム検査予定(有はPET不可)	腎機能異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(500mlの水負荷 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	1.5m程度の筒状機器の中へ入ります	ペースメーカー ・植込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(型式:)

注)バリウム検査後は2週間以上経過していないとPET-CTは原則受けられません。

★要介助の場合、付添い介助して下さる方のお名前をご記入ください。

氏名 _____ 続柄 _____

(予約後に状況が変わりましたら、必ず当院へご連絡下さい。)

- 患者さんに検査の目的、概要、コスト(2019年現在、3割負担の方で三万円程度)、検査前絶食・運動制限、などの必須事項について説明の上、同意を取得して下さい(別紙「PET-CT 検査同意書」をお使い下さい)。検査依頼書・検査確認書(計二枚)は、当院へFAXしてください。
- 患者さん向けのパンフレット「PET-CT 検診 ガイド」を用意しておりますので、説明や同意取得の際に御利用いただいた上で、お手数ですが、検査予約票・検査ご案内の題名が書いてある用紙に検査日時を記入されて、依頼書・確認書以外の書類を全て必ず患者さんに渡してください。
- PET-CTの画像データ(DVD)および読影報告書は1~2開院日後の発送を基本としますが、諸般の事情でさらに数日かかる場合も考えられます。特に御希望のある場合は、あらかじめお知らせ下さい。

依頼病院名: _____

依頼医師署名: _____

社会福祉法人 恩賜財団
済生会今治病院 院長