

PET-CT 検査 予約申込書

石川県立中央病院 地域医療連携室
 TEL 076-238-7852
 FAX 076-238-0505

平成 年 月 日

紹介医療機関
 名称 _____
 医師氏名 _____
 TEL _____
 FAX _____

患者情報	フリガナ			旧姓	
	氏名				
	石川県立中央病院 診察券ID番号			☆当院診察券をお持ちの方 ☆当院へ受診歴のある方 につきましては ◎「氏名」 ◎「生年月日」 ◎「診察券番号」（ご持参の場合） のみの記入です	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女		
	郵便番号	〒 -			
	現住所				
電話番号					

☆検査を希望される日 第一希望 平成 年 月 日
 第二希望 平成 年 月 日

☆診断名（必須） _____

☆妊娠の疑い (無 ・ 有)

☆持参される資料 該当資料に○印をして下さい。
 レントゲンフィルム・CT・MR・病理組織標本・その他 ()

☆どちらかに○印をして下さい。
 ・ 患者さんが待っておられるので、すぐに予約書を送付してほしい。
 ・ 予約書の送付は、特別に急がない。

(注意事項)

- 1 妊娠中、または妊娠の疑いのある方は検査できません。
- 2 血糖値が 150mg/dl を超える場合は、検査を中止または延期する場合があります。
- 3 30分ほど狭い器械の中で仰臥位のままで動けないので、閉所恐怖症の方は検査できません。
- 4 メドトロニック社製のペースメーカーを装着されている方は検査できません。
- 5 検査結果報告書（レポート）は後日、郵送します。
- 6 当院では、PET-CT 複合画像として検査を行いますが、PET-CT の保険適応要件は当院で判断いたします。

折り返し当院からの「診療・検査予約書」が届きましたら、予約当日は、「診療・検査予約書」「紹介状」「保険証等（医療証などを含む）」をご持参のうえ、予約時刻の15分前にお越しいただき、一階正面玄関ロビーの紹介患者受付で、「診療・検査予約書」を提出いただきますよう、お伝え下さい。

予約受付時間：平日 8:30 ~ 17:15 ただし、翌日検査の予約は 12:00 までです。
 土日祝日(及び年末年始)は予約受付業務をしております。

FDG-PET 検査保険適応要件チェック表

PET検査依頼書(診療情報提供書)と一緒にご提出下さい。

患者氏名 _____様

保険者から求められる保険適応の要件確認のため、下記項目の記載及びチェックをお願いします。

① 悪性腫瘍の確定病名

貴院と当院のPET施行月レセプトが突合されますので、貴院と同一の病名を当院でつけます。

貴院のレセプトに記載した又はする病名	確定診断の理由(該当する理由に☑してください)
※疑いや早期胃癌は保険適応外です。	<input type="checkbox"/> 病理診断による悪性腫瘍の確定診断 <input type="checkbox"/> 臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断した (画像診断等で腫瘍の存在が確認されている場合に限りです。)

② PET検査の目的(該当する目的に☑してください。複数選択可)

悪性腫瘍の場合は、他の検査又は画像診断により、病期・転移・再発が確定できない場合のみ保険適応となります。

<input type="checkbox"/> 術前病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発の診断	<input type="checkbox"/> その他の病期診断 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 <small>※悪性リンパ腫以外の悪性腫瘍の治療効果判定は保険適応外です。</small>
--	--

③ PET検査を依頼する3ヶ月以内に行った検査(該当する項目に☑してください。)

検査種	所見
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> その他() 検査日 年 月 日	<input type="checkbox"/> ()癌の術後再発が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肺転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肝転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> ()転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 頸部・縦隔・腋窩・傍大動脈・腹腔内・骨盤内・その他() リンパ節転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性胸膜炎(胸膜転移)が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性腹膜炎(腹膜転移や播種)が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> ()転移が確定されたが、原発巣が確定できなかった <input type="checkbox"/> 明らかな異常所見は認められなかった <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> その他() 検査日 年 月 日	<input type="checkbox"/> ()癌の術後再発が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肺転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肝転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> ()転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 頸部・縦隔・腋窩・傍大動脈・腹腔内・骨盤内・その他() リンパ節転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性胸膜炎(胸膜転移)が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性腹膜炎(腹膜転移や播種)が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> ()転移が確定されたが、原発巣が確定できなかった <input type="checkbox"/> 明らかな異常所見は認められなかった <input type="checkbox"/> その他()
腫瘍マーカー()	結果値() 検査日 年 月 日
腫瘍マーカー()	結果値() 検査日 年 月 日

- 上記の保険適応要件を満たすので、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

石川県立中央病院 患者総合支援センター(FAX 076-238-0505)宛

医療機関名 _____