

PET/CT検査保険適用チェック表

受診者氏名 様生年月日 年 月 日

| | |
|------------------------|---|
| 診断名： (疑いは不可) | |
| 貴院カルテ について | ・貴院のカルテ及びレセプトに同一の診断名・内容の記載が必要です。 ・転移再発診断目的の場合、貴院カルテにも転移再発疑い病名が必要です。 <p style="text-align: right;">※レセプト審査時、貴院レセプトと照合が行われます※</p> |

1. 悪性腫瘍(早期胃癌を除く)

…他の検査または画像診断により病期診断または転移もしくは再発の診断が確定できない場合

| | | |
|--------------------------|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 病期診断 | 癌確定後の治療前病期診断。 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断。 診断理由、治療経過や今後の治療予定をご記載ください |
| <input type="checkbox"/> | 治療効果判定 | 悪性リンパ腫のみ。治療経過をご記載ください |
| <input type="checkbox"/> | 転移・再発診断 | 検査所見、臨床的徴候等から転移・再発を疑う場合。具体的根拠を明記してください |
| <input type="checkbox"/> | 自費 (税込74,800円) | 早期胃癌、スクリーニング、悪性との鑑別診断、経過観察等 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 |

診断の根拠:

| | |
|--------------------|---|
| 病理診断: | <input type="checkbox"/> 未 臨床診断・画像診断等により高い蓋然性を持って診断 <input type="checkbox"/> 有 () |
| 実施した検査: (3ヶ月以内) | <input type="checkbox"/> CT (月 日) <input type="checkbox"/> MRI (月 日) <input type="checkbox"/> US (月 日) <input type="checkbox"/> 他 () |
| 腫瘍マーカー | 項目/数値: |

※正確な診断のため、画像データ(CD-R)や読影レポートのご持参をお願いします。他院で実施した場合、医療機関名も記載してください。

2. 心疾患、血管炎、てんかん

| | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 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ピリティ診断(他の検査で判断のつかない場合に限り)、心サルコイドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図または心エコー所見を認める場合に限り)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場合 |
| <input type="checkbox"/> | 血管炎 <input type="checkbox"/> 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> 巨細胞性動脈炎 | 高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない場合(不明熱の鑑別診断や疑い症例での診断目的は保険適用外) ※血管炎の場合は、左記病名および実施した検査も記入してください ※画像データ(CD-R)のご持参をお願いします。他院で実施した場合、医療機関名も記載してください。 |
| | 実施した検査: (3ヶ月以内) | <input type="checkbox"/> 検査名、実施日() |
| <input type="checkbox"/> | 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場合 |

注意事項:

記載に不備がある場合は再提出していただく場合がございます。

保険適用がない場合、あるいは現在までの臨床情報では保険診療対象外と判断した場合には自費での受診をお願いすることがございます。

他院を含め、短期間で頻回なPET/CT検査を行うためには明確な検査理由が求められます。必要な理由を詳細にご記載ください。