

②

## PET-CT検査保険適応チェックリスト

「患者紹介予約申込用紙」

「PET-CT検査 問診票」 とともに、FAXにて患者支援センター宛にお送りください。

患者支援センター 専用FAX:0857-21-8507

紹介元 医療機関名:

診療科・医師名: 科 先生

患者氏名:

PET-CT検査をご依頼の際は下記の適応要件をご一読のうえ、該当する項目へチェックして患者支援センターまでFAXにてお送りください。

### 【適応要件】

早期胃癌を除く、全ての悪性腫瘍が保険適応となります。

ただし、鑑別診断目的、腫瘍疑いでの検査は適応外となります。

病期診断: 確定診断がついている悪性腫瘍の治療前で、他の検査・画像診断により病期診断ができない場合に、保険適応となります。

転移・再発診断: 確定診断がついた悪性腫瘍の治療後で、他の検査・画像検査により診断が確定できない場合に保険適応となります。

無症候性や他の画像検査を行っていない症例は保険適応外となります。

治療効果判定: 確定診断がついた悪性リンパ腫の治療後の効果判定目的の場合のみ、保険適応となります。

### 【チェックリスト】

該当する項目をチェックしてください。

| 確定した悪性腫瘍  | 検査目的                     |                          |                          |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|           | 病期診断                     | 転移・再発診断                  | 治療効果判定                   |
| 肺癌        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 乳癌        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 大腸癌       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 前立腺癌      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 頭頸部癌      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 膵癌        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 悪性リンパ腫    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 悪性黒色腫     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食道癌       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 子宮癌       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 卵巣癌       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 脳腫瘍       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 転移性肝癌     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 原発不明癌     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 胃癌(早期を除く) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他( )    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

その他、ご不明な点につきましては、下記連絡先までお問い合わせください。

### 【お問い合わせ先】

鳥取県立中央病院 患者支援センター : (予約専用)0857-32-8500

③

## PET-CT検査 問診票

患者氏名:

体重:

Kg

下記の質問に対して該当する項目にチェックをつけ、「はい」の場合は横に記載している注意事項を参照ください。

### 1.糖尿病と診断されたことがありますか？

いいえ  はい

\*「はい」の場合、血糖値が150mg/dlを超えていると画質が低下し診断が難しくなります。検査をすることは可能です。

### 2.1で「はい」と答えた方、血糖降下剤もしくはインシュリン注射を使用していますか？

いいえ  はい

\*「はい」の場合、血糖降下剤、インシュリン注射を検査の5時間前より使用しないでください。正常な画像が得られません。使用禁止が難しい場合は、下記の特記事項へ記載ください。

### 3.現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性ありますか？

いいえ  はい

\*「はい」の場合、検査を行うことができません。

### 4.現在、授乳をされていますか？

いいえ  はい

\*「はい」の場合、検査後24時間は授乳を控えてください。

### 5.植え込み型除細動器(ICD)をされていますか？

いいえ  はい

\*「はい」の場合、ICDが誤作動を起こす可能性がありますので、検査を行うことができません。ただし、鳥取県立中央病院にてICD植込みを行った方については、お問い合わせください。

### 6.検査当日、介助等が必要ですか？(寝台への移乗、寝台上での安静、トイレなど)

いいえ  はい

\*「はい」の場合、検査に付き添われる方と共にお越しく下さい。介助が必要な方のみでの来院はお受けいたしかねます。

### 7.装具等をつけていますか？(尿道カテーテルなど検査時に取り外せないもの全て)

いいえ  はい

\*「はい」の場合、必ず下記の特記事項へ全て記載してください。場合によっては、検査をすることが難しい場合があります。

### 8.検査前日(直前の平日)に、検査を担当する職員から確認の電話をいたします。

確実につながる電話番号を記載してください。

(確認の電話が不要の方は、記載しなくて結構です。)

TEL:

続柄:

### 9.特記事項(上記の他、疑問や不安な点などがあれば記載してください)