

①PET/CT検査問診票

送付先：FAX 0776-36-0240

【担当医師と下記の質問にお答え下さい】 ※本紙は事前に紹介状と共にを送り下さい

1) 糖尿病はありますか？

☐ いいえ ☐ はい

『はい』の方は、現在の治療法についてお答え下さい。○印をつけてください。

(・無治療 ・食事運動療法 ・飲み薬 ・インスリン)

血糖降下薬(ビグアナイド系糖尿病薬)を飲んでいますか？

☐ いいえ ☐ はい

検査説明の「内服薬について」をよくご確認ください。大事なお知らせがあります

2) 持続血糖測定器(リブレプロ、ipro2等)を装着していますか？

☐ いいえ ☐ はい

『装着されている場合』は検査時に外して検査を受けて頂きます。

以下の項目にチェックをお願いします。

☐ 検査当日患者自身で外します(装置は持ち帰ります)

☐ 事前に外した状態で来院します。

3) 体内、体外に金属・機械はありますか？

☐ いいえ ☐ はい

4) 1週間以内にバリウム検査を受けていますか？

☐ いいえ ☐ はい

※ バリウムが残っている場合、検査ができません。

5) 閉所恐怖症 ありますか？

☐ いいえ ☐ はい

『はい』の方は、検査当日までに当院検査室まで見学に来て頂きますようお願いいたします。

見学時に検査中の場合は待ち時間が発生することがあります。

6) 安静が守れない等、付き添いが必要ですか？

☐ いいえ ☐ はい

※ 安静困難である場合は検査出来ない場合があります。

7) 現在の身長・体重をご記入下さい

(_____ cm _____ kg)

☆女性の方へお聞き下さい

8) 現在、妊娠またはその可能性がありますか？

☐ いいえ ☐ はい

※ 『はい』の方は検査できません。

・現在、授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい

・現在、生理中ですか？

☐ いいえ(最終月経 _____ 月 _____ 日) ☐ はい ☐ 閉経した

●検査説明、問診を受け、PET/CT検査を受けることに同意します。

患者または代理人署名 _____

※検査2-3日前に当院より検査日、注意事項などの確認の電話をさせていただきます

※日中つながりやすい番号をご記載下さい。

電話ご希望時間 昼12-13時 / 夕刻16-17時

ご確認連絡先(自宅 / 携帯/ その他) _____

●以上、確認しました

問診担当医師名 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

②PET/CT検査 保険適用について

PET/CT検査は高額のため、レセプト審査が特に厳しくなっています。
つきましてはご依頼される先生方に於かれましても診療情報提供にあたり、
より一層のご協力をお願いいたします。

【適応要件チェック欄】

以下の□の確認欄にチェックをお願いします。
いずれかにチェックが入っていない場合は検査をお引き受け出来ない
場合があります。

☐ ①悪性腫瘍の確定診断がついている

※疑い病名、強く疑うなどは不可

※病理診断による確定診断が得られなかった場合

医学的な理由（生検リスクが高い等）で病理診断が困難な場合

- ・『**臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断した**』という症状詳記が必要です。
- ・**悪性腫瘍の確定病名が必要です。**

☐ ②良悪性の鑑別、スクリーニング目的ではない

- ・良悪性がつかない場合の鑑別診断、スクリーニング目的は保険適用になりません。

☐ ③画像および放射線科医の読影所見などが添付出来る。

- ・画像診断を行うも病期、転移、再発の診断確定ができない場合が一般保険診療のルールとなっています。

☐ ④治療効果判定ではない

- ・治療効果判定は悪性リンパ腫以外保険適用外です。
- ・悪性腫瘍治療終了後、一定期間経過後の再発や転移を画像診断等で疑う場合は保険適用となります。（治療効果判定と解釈出来る場合は保険適用外）

※ チェック後、**問診票と共に送り下さい。**

ご不明な点があれば当院までご連絡頂きますようお願い致します。

《連絡先》

電話：0776-36-4110（地域医療連携課まで）

FAX：0776-36-0240