

「事前受付用 FAX 用紙」と一緒に FAX にて地域医療連携室宛にお送りください。

専用 FAX 086-464-1166

PET/CT 検査チェックリスト

医療機関名、診療科 _____

医師名 _____

患者氏名 _____

【健康保険の適用要件】

	病期診断	転移・再発診断
悪性腫瘍(早期胃癌を除く) 病名: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

病期診断 : 確定した悪性腫瘍の治療前で、他の検査・画像診断により病期が確定できない場合。

転移・再発診断 : 確定した悪性腫瘍の治療後で、他の検査・画像診断により転移・再発の診断が確定できない場合。単なる経過観察は適用外です。治療効果の評価については、単なる観察としては適用外ですが、転移・再発の診断、治療法の選択のための再病期診断としては適用になると考えられます。

※平成 22 年 4 月より改定され、早期胃癌を除き悪性腫瘍のすべてが適用となりました。

【患者情報】

身長 (cm)	体重 (kg)	病名告知	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	20 分間の静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	空腹時血糖値 (mg/dl)		
付属物	<input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> 輸液	その他 ()		
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> その他 ()	

(鎮静の必要、患者さまの状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。)

ご不明の点は

川崎医科大学附属病院 画像診断センター1 受付(086-462-1111 内線 21522)まで
お問い合わせください。