

PET-CT (^{18}F -FDG) 検査について

申込から診断までの流れ

- 以下の書類が揃っていることをご確認ください。
 - PET-CT (^{18}F -FDG) 検査予約申込書
 - PET-CT (^{18}F -FDG) 検査保険適用確認書 (事前 FAX 用)
 - PET-CT (^{18}F -FDG) 検査説明書・同意書
 - PET-CT (^{18}F -FDG) 検査の流れおよび注意事項
- 地域連携室宛に FAX にて送信ください。
 - PET-CT (^{18}F -FDG) 検査予約申込書
 - PET-CT (^{18}F -FDG) 検査保険適用確認書 (事前 FAX 用)
 - 貴院の診療情報提供書
 臨床診断、臨床経過等をなるべく詳細に記載ください。検査予約申込みの際にご準備できない場合は、後日でもかまいませんが、原則、翌日までにお問い合わせいたします。
- 「PET-CT (^{18}F -FDG) 検査説明書・同意書」および「PET-CT (^{18}F -FDG) 検査の流れおよび注意事項」に添ってご説明いただき、同意書を取得ください。
注意事項が守られていない場合、検査を中止させていただくことがございます。
「PET-CT (^{18}F -FDG) 検査説明書・同意書」は、検査当日、提出いただきます。
- 当院地域連携室より、検査予約日時を FAX にて返信いたします。
- ご自身で移動や歩行が困難な方、車椅子ご使用の方は、介助者の検査同行が必要となりますので、「PET-CT (^{18}F -FDG) 検査の流れと注意事項」の検査の介助についてご説明ください。
- 最近の画像データを検査当日、持参させてください。
- 診断結果とともに、画像データを CD-R で郵送させていただきます。

注意事項

予約日前日の 17 時以降に自己都合によりキャンセルする場合の他、指定の時刻に来院されなかった場合は薬品製剤料金 48,816 円 (税込) を患者さんご自身にお支払いいただくこととなりますので、必ずご説明ください。

保険適用外の取扱方法

保険適用外となる疾患の診断または治療効果判定等にも対応いたしますので、患者さんが希望される場合等にご活用ください。

検査料金表

	負担割合	料金
保険適用	1 割	約 10,000 円
	2 割	約 20,000 円
	3 割	約 30,000 円
保険適用外	自費	85,000 円 (税込)