

PET-CT (18F-FDG) 検査保険適用確認書 (事前 FAX 用)

検査依頼される主治医が適否を判断し、患者さんに十分説明を行い、下記に病名記入および該当する□にチェックいただき、ご紹介ください。

*** 『悪性腫瘍 (早期胃がんを除く)』 を対象とさせていただきます ***

保険適用要件

病名	
	※「疑い」では保険適用となりません
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定

確認事項

- ・悪性腫瘍の診断が確定している
- ・病理診断により確定診断が得られなかった場合、画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者である
- ・他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者である
- ・治療効果判定の目的ではない (悪性リンパ腫の場合を除く)
- ・病変部の良悪性の鑑別が目的ではない
- ・定期的フォローアップ目的ではない
- ・同一月内にガリウムシンチが行われていない

上記の保険適応疾患および確認事項を満たすので、保険診療として予約します。

上記の保険適応疾患および確認事項に該当しないので、自費診療として予約します。

患者氏名 _____

医療機関名 _____

紹介医師名 _____