PET-CT検査依頼書（診療情報提供書）

（紹介先医療機関名）〒951-8566　　　　　　　　　（紹介元医療機関名）

新潟市中央区川岸町2丁目15番地3　　　　　　　　 所在地：

新潟県立がんセンター新潟病院 　　　　　　　　　 　 名　称：

患者サポートセンター　　　　　　　　　　　 TEL番号：

TEL：025-234-0011　FAX：025-234-0022　　　　　　 FAX番号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名 |  | 男女 | 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 身長・体重 | ｃｍ | ｋｇ |
| PET-CT検査履歴（PETのみの実施も含む） | なし | あり | （ | 年 | 月 | 日） |
| 保険適応　　条件確認 | 〇早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む悪性腫瘍で、診断が確定していること。　『疑い』は保険適応外のため自費扱いとなります。〇他の検査や画像診断により病期診断・転移・再発診断が確定できない症例であること。　　悪性リンパ腫以外の治療効果判定や単なる経過観察目的の検査は保険適応外です。〇同一月に予定を含むガリウムシンチを実施していないこと。〇DPC適応で入院されている場合（入院日・退院日を含む）は自費扱いになります。〇大型血管炎の診断は可能です。てんかん・心疾患（心サルコイドーシスを含む）の診断は当院では対応できません。 |
| 病　名 |  | 保険　→悪性確定　（病期診断　転移・再発診断）　　　→治療効果判定（悪性リンパ腫のみ）　　　→大型血管炎 |
| 自費　→悪性疑い（おおむね10万円程度）　　　→その他、上記以外 |
| 経過・　　　検査目的（別紙可） | * 手術歴/放射線治療歴に関して、特に最近のものは内容・月日を詳しく掲載して下さい。
* 再発の診断の場合、「腫瘍マーカーが複数カ月著明に上昇し続けるが、画像では再発部位を特定できない」

などの明確な理由を具体的に記載して下さい。 |
|  |
| 検査に対する希望 | 通常（顔～大腿近部）　　頭部のみ（脳腫瘍の場合解像度を上げて撮像します。）その他（四肢末梢の腫瘍などの広範囲が必要な場合は、理由と希望範囲を記載願います。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |