

②

PET-CT検査保険適応チェックリスト

「患者紹介予約申込用紙」

「PET-CT検査 問診票」 とともに、FAXにて医療福祉相談センター宛にお送りください。

医療福祉相談センター 専用FAX:0857-21-8507

紹介元 医療機関名:

診療科・医師名: _____ 科 _____ 先生

患者氏名: _____

PET-CT検査をご依頼の際は下記の適応要件をご一読のうえ、該当する項目へチェックして医療福祉相談センターまでFAXにてお送りください。

【適応要件】

早期胃癌を除く、全ての悪性腫瘍が保険適応となります。

ただし、鑑別診断目的、腫瘍疑いでの検査は適応外となります。

病期診断: 確定診断がついている悪性腫瘍の治療前で、他の検査・画像診断により病期診断ができない場合に、保険適応となります。

転移・再発診断: 確定診断がついた悪性腫瘍の治療後で、他の検査・画像検査により診断が確定できない場合に保険適応となります。

無症候性や他の画像検査を行っていない症例は保険適応外となります。

治療効果判定: 確定診断がついた悪性リンパ腫の治療後の効果判定目的の場合のみ、保険適応となります。

【チェックリスト】

該当する項目をチェックしてください。

確定した悪性腫瘍	検査目的		
	病期診断	転移・再発診断	治療効果判定
肺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前立腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭頸部癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膵癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
悪性黒色腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食道癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子宮癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卵巣癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
転移性肝癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
原発不明癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃癌(早期を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他、ご不明な点につきましては、下記連絡先までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

鳥取県立中央病院 医療福祉相談センター : (予約専用)0857-32-8500