

FDG PET（がん）検査のご依頼

Step1 [ご依頼にあたって]

診療報酬上、PET/CT検査は保険適用となる疾患名、条件が定められております。
また、高額な検査であるため、レセプトの審査も厳しいものとなっております。

特にご注意・ ご確認いただきたい内容	PET検査で保険適応にするためには、疾患名のみならず経過も問われます。 依頼書に保険適応疾患名、適応理由および臨床情報を詳しくご記入ください。 またあわせて糖尿病の有無をご記入ください。
-----------------------	---

Step2 [保険適用の範囲]

悪性腫瘍 （早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む）	他の検査または画像診断で、病期診断または転移、 再発診断が確定できない患者様
-----------------------------	---

※ここに未記載の保険適用検査は、医療機器共同利用では実施しておりません。

- 保険適用とならない場合
 - ・悪性腫瘍か良性腫瘍の鑑別のための検査
 - ・DPC対象病院に入院中の患者さんの検査
 - ・同一月内にガリウムシンチグラフィが行われている場合
 - ・疑い病名、腫瘍マーカー高値のみでは保険適用外となります
 - ・スクリーニング目的も保険適用外となります
- 病理診断による確定診断が得られなかった場合は、臨床上高い蓋然性をもって悪性と診断されれば、保険適用が可能です。

Step3 [書式のダウンロード]

当院のホームページから書式のダウンロードをお願いします。必要事項の入力・印刷・ダウンロードが可能です。

Step4 [検査の予約・受診の手順]

当院 核医学検査室 048-852-1111（代表） 20043（内線）までお電話ください。

月曜日～金曜日： 9:00 ～ 16:30 ※ 祝日・年末年始・創立記念日を除く

- 予約時に必要な情報 ①貴院名、貴科名、ご担当医師名
②依頼検査項目
③患者名、生年月日、連絡先、身長、体重
④患者様の状態（独歩、車椅子）

Step5 [検査日時決定後のお手続き]

検査日時決定後、次の手続きをお願いします。

- ・「医療機器共同利用 FDG PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用 FDG PET/CT 予約票・検査説明書・同意書」をプリントアウトして必要事項をご記入ください。

「医療機器共同利用 FDG PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用 FDG PET/CT 予約票・検査説明書・同意書」を当院 医療連携課までFAX（048-852-1132）にてお送りください。
- ・「医療機器共同利用(核医学検査)申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用(核医学検査)予約票・検査説明書・同意書」の原本を患者様にお渡しください。（貴院用に控えをお取りください）
- ・患者様用検査説明用紙は、プリントアウトして患者様にお渡しし、来院までにお読みいただくようにご案内ください。

※ 施行済みの頭部MRI画像データを必ずご用意の上、患者様にお渡し願います。

Step6 [患者様への注意事項：ご案内のお願い]

食事	食事については検査時間の5時間前までに済ませてください
血糖値	糖分を含まないお飲み物（水、お茶、白湯）は、ご自由にとっていただいて結構です
薬の服用	糖尿病以外の病気の方でお薬を服用されている方は、お薬は通常通りお水にて服用ください 糖尿病のお薬を服用の方（インスリン注射含む）は原則検査当日は休薬となります
妊産婦・授乳中の女性	妊産婦・授乳中の女性は原則として施行できません
検査前日および 当日の過ごし方	検査前日および当日は、激しい運動は避け、お過ごしになられますようご案内ください また、検査前も安静が必要ですので、検査時間には余裕をもってご来院ください
検査のキャンセル・中止	検査日の前診療日15時以降の患者様側事由によるキャンセル・中止の場合は、再使用できなくなった薬剤費を患者様に実費負担いただきますのでご了承ください

※PET/CT検査の注意事項

認知機能低下のある方・日常生活動作に介助の必要な方には、ご家族に付き添いと介助をお願いしております。
付き添いと介助がない場合には、検査はお受けできませんのでご了承ください。

Step7 [検査当日]

当院2階総合受付3番窓口へ お越しください。

「医療機器共同利用 FDG PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用 FDG PET/CT 予約票・検査説明書・同意書」の原本及び検査画像データをご提出ください。後日ご担当医師宛に検査結果を郵送します。

Step8 [検査結果説明]

当院 放射線診断医が検査報告書を作成し、検査画像とともに原則10日以内（休診日を除く）に貴院へ送付します。
貴院にて患者様へ検査結果説明をお願いします。

Step9 [検査料のお支払]

検査報告書・検査画像と一緒に請求書・レセプトを原則10日以内（休診日を除く）に貴院へ送付しますので、レセプトの摘要欄に「画診共同」と記載し、診療報酬の算定及び診療報酬請求を行ってください。

患者様が貴院来院時に検査料の自己負担分の徴収をお願いします。1ヶ月以内に当院指定の銀行口座にお支払をお願いします。