

## PET CT 検査 申込み手順書

1. 当院での検査は、悪性腫瘍(早期胃がんを除く)のみの対応とさせていただきますので、次の項目に該当するかご確認ください。

## (1) 保険適用要件

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に使用する。

## (2) 保険適用症例の選択基準

(a) 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること。

(b) 病理診断により確定診断が得られない場合には、臨床病歴、身体所見、PET あるいは PET/CT 以外の画像診断所見、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こと。

## (3) 検査目的

(a) 治療前の病期診断

(b) 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための、病期診断 たとえば術前化学療法後、または、術前化学放射線治療後における術前の病期診断等

(c) 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断

(d) 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合

(e) 経過観察などから治療が有効と思われるにも拘わらず他の画像診断等で腫瘍が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘍なのか、を鑑別する必要がある場合

(f) 悪性リンパ腫の治療効果判定

「日本核医学会 FDG PET・PET/CT 診療ガイドライン 2012」より抜粋

2. 『PET 検査申込書(診療情報提供書)(様式 2)』を作成の上、当院地域医療連携室 (FAX: 0824-65-0159) へ FAX 下さい。検査希望日がある場合は 2 診療日以降の日付を記入下さい。(翌日(翌診療日)の予約がとれませんのでご留意下さい。受付は平日(月曜日~金曜日)8時30分~16時30分です。
3. 当院地域医療連携室から『PET-CT 検査を受けられる方へ(様式 3)』に検査予約日を記載して FAX しますので、患者さまへお渡し下さい。(患者へ検査当日持参するよう伝えてください。)  
原則 30 分以内に予約日時を調整の上『PET-CT 検査を受けられる方へ(様式 3)』を FAX します。調整に時間がかかる場合は紹介元医療機関へ連絡します。
4. 『必ずお読みください PET-CT 検査前後の注意事項(様式 4)』、『PET-CT 検査説明・同意書(様式 5)』、『PET-CT 検査の流れ(様式 7)』を患者さまへ説明し説明・同意書及び問診表を記入の上、検査当日患さまに持参するよう伝えて下さい。(保険証も併せて当日お持ちいただきますよう患者さまへお伝えください。)
5. 検査後一週間程度で検査所見と画像データを送付いたします。紹介元医療機関から患者さまへ結果説明をお願いします。

ご不明な点がございましたら下記にご相談ください。

- ・検査の内容などに関することは

市立三次中央病院放射線科 (TEL: 0824-65-0101 (代) 内線 2150)

- ・予約の取り方などに関することは

市立三次中央病院地域医療連携室 (TEL: 0824-65-0239 (直通))