

記入日 年 月 日

フリガナ：
 患者氏名： (性別)
 生年月日： 年 月 日 (歳)
 患者住所：
 患者電話番号：

主治医・担当医： 医師
 診療科：
 紹介元医療機関名：
 住所：
 紹介元電話番号：

検査種別

①悪性腫瘍（早期胃癌を除く）における 病期診断 または 転移・再発診断
 保険適応条件（必ず何れかにチェックしてください）
他の検査・画像診断により病期診断、転移・再発の確定診断が出来ない
病理診断により悪性腫瘍の診断が確定、又は病理診断がなされていない場合でも、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されている場合の病期診断
悪性腫瘍の既往があり、画像診断・腫瘍マーカー検査などで転移・再発が疑われる
悪性リンパ腫の治療効果判定

②大型血管炎
高安動脈炎または巨細胞性動脈炎で、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者

③てんかん 難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者

④心疾患
心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）
心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者
虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る）

⑤FDG-PET/CT 検査（保険適応外） 全額自己負担で本人了承済 （紹介元・その他 ）に請求可

※スクリーニング目的や「疑い」症例、良悪鑑別、同一月内に核医学検査を実施した場合等は保険適応となりません

症状経過、検査目的、治療歴、感染症、既往歴、家族歴、現在の処方など

※診療情報提供書（画像診断報告書を含む）の添付でも可。

※撮影範囲は検査種別に応じて当施設標準手順で設定します。ただし、必要に応じて可能な限り対応します。

患者情報

臨床診断名：	身長	cm	※検査薬の準備に必要です。
病理診断：	体重	kg	

腫瘍マーカー：

検査・治療歴

<input type="checkbox"/> C T	年 月 日	※PET-CT 実施日前の 3か月以内
<input type="checkbox"/> MRI	年 月 日	

放射線治療 化学療法
その他 年 月 日 ※検査種によって心電図や心エコー所見を記載してください

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 () l・ <input type="checkbox"/> 無
------	--	------	--

糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 空腹時血糖値 mg/dl ・ <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
-----	--	-------	---

検査中（30分間）動かずにじっとできますか？ はい いいえ（検査できません）

身の回りのことがお一人で出来ますか？ はい いいえ（介助できる方の付き添いが必要です）

保険適応外と考えられる場合は、全額自己負担で検査してもかまいませんか？ はい いいえ

※ご不明な点は大阪医科薬科大学 関西 BNCT 共同医療センター PET-CT 受付（内線：3094）までご連絡ください。