

# FDG-PET 検査保険適応要件チェック表

PET 検査依頼書（診療情報提供書）と一緒にご提出ください

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

・保険者から求められる保険適応の要件確認のため、下記の項目の記載及びチェックをお願いします。

## ① 悪性腫瘍の確定病名

・貴院と当院の PET 施行月レセプトが突き合わせ（横覧）されますので、貴院と同一の病名を当院でお付けします。

貴院のレセプトに記載した又はする病名	確定診断の理由（該当する理由に☑してください）
※疑いや早期胃癌は保険適応外です。	<input type="checkbox"/> 病理診断による悪性腫瘍の確定診断 <input type="checkbox"/> 臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断した （画像診断等で腫瘍の存在が確認されている場合に限りです。）

## ② PET 検査の目的（該当する目的に☑してください、複数選択可）

・悪性腫瘍の場合は、他の検査又は画像診断により、病期、転移、再発が確定できない場合にのみ保険適応となります。

<input type="checkbox"/> 術前病期診断	<input type="checkbox"/> その他の病期診断
<input type="checkbox"/> 転移・再発の診断	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定 ※悪性リンパ腫以外の悪性腫瘍の治療効果判定は保険適応外です。

## ③ PET 検査を依頼する 3 ヶ月以内に行った検査（該当する項目に☑してください）

検査種	所見
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> その他（                      ）  検査日      年      月      日	<input type="checkbox"/> （                      ）癌の術後再発が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肺転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肝転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> （                      ）転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 頸部・縦隔・腋窩・大動脈周囲・腹腔内・骨盤内・その他（                      ） <input type="checkbox"/> リンパ節転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性胸膜炎（胸膜転移）が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性腹膜炎（腹膜転移や播種）が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> （                      ）転移が確定されたが、原発巣が確定できなかった <input type="checkbox"/> 明らかな異常所見は認められなかった <input type="checkbox"/> その他（                      ）
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> その他（                      ）  検査日      年      月      日	<input type="checkbox"/> （                      ）癌の術後再発が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肺転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 肝転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> （                      ）転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 頸部・縦隔・腋窩・大動脈周囲・腹腔内・骨盤内・その他（                      ） <input type="checkbox"/> リンパ節転移が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性胸膜炎（胸膜転移）が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> 癌性腹膜炎（腹膜転移や播種）が疑われたが、確定できなかった <input type="checkbox"/> （                      ）転移が確定されたが、原発巣が確定できなかった <input type="checkbox"/> 明らかな異常所見は認められなかった <input type="checkbox"/> その他（                      ）
腫瘍マーカー（                      ）	結果値（                      ）      検査日      年      月      日
腫瘍マーカー（                      ）	結果値（                      ）      検査日      年      月      日

上記の保険適応要件を満たすので、保険診療として予約します。

上記の保険適応要件に該当しないので、自費診療として予約します。

年      月      日