

**PET, PET-CT 検査保険適用確認票兼検査前チェックリスト (院外用)**

四国がんセンターに、がん相談支援・情報センター（医療連携室）を通じてPET, PET-CT検査を依頼される場合は、下記の保険適用要件、検査前チェックリストの該当する□にチェックし、保険適用の可否を判断の上、患者様に十分な説明を行ってください。

健康診断などの保険適用外の検査については、当院のがんドック検診をご案内ください。

【保険適用疾患】（平成22年4月現在）

<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（早期胃癌をのぞく。）	> 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
--	--------------------------------------

- \* 保険適用脳疾患（てんかん）と心疾患（虚血性心疾患）についてのPET, PET-CT検査は当院では行っておりません。
- \* 同一月内にガリウムシンチグラフィを行っている場合は、保険適用されません。
- \* その他、多様なケースがあり事前に検査の状況などにより、保険算定の可否が判断されますので、個別にご相談ください。

【検査前チェックリスト】（以下にもチェックしてください。）

日常生活動作の状況	検査可能		検査不可
	自立	要介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があればできる ( <input type="checkbox"/> 車いす) ( <input type="checkbox"/> ストレッチャー)	<input type="checkbox"/> できない
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
経口水分摂取	<input type="checkbox"/> 可		<input type="checkbox"/> 不可
認知 (視力、聴力、言語等)	<input type="checkbox"/> 問題ない	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があれば問題ない	<input type="checkbox"/> 問題あり
30分程度の静止	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 付添人の介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
携帯酸素の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
閉所恐怖	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 * 原則として閉所恐怖のある患者様は対象外

付き添い介助して下さる方のお名前をご記入ください↓

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

患者様氏名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

紹介医師名 \_\_\_\_\_ (印)

この票に記載されている個人情報、PET検査目的の為に使用し、他の目的には利用いたしません。

【お問い合わせ・お申し込み先】

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター がん相談支援・情報センター  
 直通電話:089-999-1114 直通FAX:089-999-1115