

FAX No.

倉敷中央病院

放射線診断科 小山 貴 先生

0120-36-7272

086-425-1805

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名

TEL

FAX

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| フリガナ                     | 生年月日: 西暦 年 月 日 歳 |
| 患者氏名                     | 住所               |
| 男 ・ 女                    | 電話               |
| 倉敷中央病院受診歴 無・有 (カルテ No. ) |                  |

|                 |
|-----------------|
| 主訴・検査目的         |
| 症状経過及び治療経過・検査所見 |
|                 |
|                 |
|                 |
|                 |
|                 |

|     |                             |
|-----|-----------------------------|
| 希望日 | 当日緊急 ・ 準緊急 ( 日以内 ) ・ 月 日までに |
|     | 第1希望: 月 日 ( ) ( 午前 ・ 午後 )   |
|     | 第2希望: 月 日 ( ) ( 午前 ・ 午後 )   |

|         |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |  |
|---------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
| 希望検査・部位 | CT          | 頭部／眼窩・副鼻腔／側頭骨／頸部／胸部／腹部(上腹部・下腹部・全腹部)／脊椎(部位: )<br>四肢・骨(部位: )／3D-CT angio(部位: )／その他(部位: )                                                                                                                                                                                             |                         |  |
|         | MR          | 頭 部 : 頭部スクリーニング／頭部精査 (下垂体・聴神経・眼窩、その他: )<br>頭頸部 : 頸部／副鼻腔／耳下腺顎下腺／口腔・舌・咽喉頭／頸動脈プラーク<br>胸 部 : 肺／縦隔・食道／乳腺<br>上腹部 : 胆膵(MRCP)／肝／肝EOB(プリアビスタ造影MRI)／腎・副腎<br>下腹部 : 尿路(腎-尿管-膀胱)／膀胱／前立腺／陰のう・精巣／子宮・卵巣<br>脊 椎 : 頸椎／胸椎／腰椎／仙尾部<br>骨軟部: (部位: )、関 節 : (部位: ) ※左右も記載ください<br>大血管MRA: (部位: )、その他: (部位: ) |                         |  |
|         | 一般核医学       | 骨／ガリウム／唾液腺／メッケル憩室／消化管出血<br>甲状腺テクネ+摂取率／甲状腺テクネ+タリウム／副甲状腺／副腎髄質／肺血流／腎静態／腎動態レノグラム<br>脳血流IMP／脳ダットシンチFP-CIT／心交感神経MIBG／その他 ( )                                                                                                                                                             |                         |  |
|         | PET/CT      | 検査適応チェックリスト・紹介状の2枚を同時にお送りください。 体重( K g)                                                                                                                                                                                                                                            |                         |  |
|         | その他         | 乳腺マンモグラフィ、骨塩定量、超音波 ( 甲状腺・腹部 )                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |  |
| 造 影     | 不要 ・ 要 ・ 一任 | 腎機能検査値<br>(造影要・一任は要記入)                                                                                                                                                                                                                                                             | 血清クレアチン mg/dℓ、BUN mg/dℓ |  |
|         |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 検査日 年 月 日 (3ヶ月以内)       |  |
| 画像CD-R  |             | 不要 ・ 必要                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |  |
| 当院にて記入  | 検査予約日時      | 年 月 日 ( ) 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |  |

# FDG-PET/CT 検査適用チェックリスト

倉敷中央病院 放射線診断科

TEL・FAX (086)425-1805・(0120)36-7272

患者氏名 \_\_\_\_\_

紹介医療機関名・診療科 \_\_\_\_\_

検査申込医師 \_\_\_\_\_

保険診療としての PET/CT 検査をご依頼の際には、下記の適用の該当する項目にチェックの上、放射線センター受付までご提出お願いいたします。

## 【適用要件】

○悪性腫瘍・炎症…下記のいずれかの疾患の**確定病名が必要です**

|    |                      | 検査名   | 病期診断                                    | 転移・再発診断                  |
|----|----------------------|-------|-----------------------------------------|--------------------------|
| 1  | 脳腫瘍                  | 脳     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 頭頸部癌                 | 頭頸部   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 3  | 肺癌・胸膜腫瘍・縦隔腫瘍         | 肺     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4  | 乳癌                   | 乳房    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 5  | 食道癌                  | 食道    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 胃癌(早期胃癌は不可)          | 胃     | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 大腸癌                  | 大腸    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 肝臓癌                  | 肝臓    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 胆嚢癌・胆管癌              | 胆道    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 膵腫瘍                  | 膵臓    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 副腎腫瘍                 | 副腎    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 12 | 腎癌・尿管癌・膀胱癌           | 尿路    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 前立腺癌                 | 前立腺   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 精巣腫瘍                 | 精巣    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 15 | 子宮癌                  | 子宮    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 16 | 卵巣癌・卵管癌              | 卵巣    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 17 | 悪性黒色腫・皮膚癌            | 皮膚    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 18 | 骨軟部腫瘍                | 骨軟部   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 19 | 悪性リンパ腫・造血系腫瘍         | 血液    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 20 | 原発不明癌(腫瘍マーカー異常のみは不可) | 不明    | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 21 | その他の悪性腫瘍( )          | その他   | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 22 | 大型血管炎(高安動脈炎等)        | 大型血管炎 | <input type="checkbox"/> (局在診断あるいは病勢評価) |                          |

○ 部分てんかん      □ (難治性部分てんかんで**外科切除が必要**とされる場合に限りです)

●**病期診断**: 悪性腫瘍の治療前で、他の検査・画像診断により病期が確定できない場合。

●**転移・再発診断**: 悪性腫瘍の治療後で、他の検査・画像診断により転移・再発の診断が確定できない場合。

同一月に PET/CT 検査の前に CT 検査が施行されている場合にはコストの算定は PET 分のみとなります。

同一月に Ga シンチグラフィが施行されている場合は原則として適用になりません。

虚血性心疾患の PET 検査は当院では施行しておりません。心臓サルコイドーシスに対する検査は循環器内科に紹介下さい。

部分てんかん症例については、検査申込前に放射線センターRI 検査室までご連絡下さい。

ご不明の点は放射線診断科までお問い合わせ下さい。