

PET-CT 検査連絡票

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名		生年月日	年 _____ 月 _____ 日
紹介元医療機関名		紹介元電話番号	

診断名 (チェックを入れて下さい)	備考
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ① 確定診断名 (_____) ② PET-CT前に実施された検査、及び実施年月日 <input type="checkbox"/> CT (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> MRI (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> 細胞診 (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> 組織診 (実施年月日 / /) <input type="checkbox"/> その他 (_____) (実施年月日 / /) ③ 検査目的をチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫の治療効果判定	① 悪性腫瘍は、早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含みます。 ② 疑い病名は保険適応となりません。 ③ 検査当日、紹介状及びフィルム、検査結果のコピーをご持参頂きますよう、ご配慮下さい。
<input type="checkbox"/> てんかん (保険適応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	・ 難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者に限ります。
<input type="checkbox"/> 心疾患 (保険適応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	・ ①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が必要とされる患者(他の検査で判断のつかない場合)、又は ②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に限ります。 ③心疾患の保険適応は、PETのみです。PET-CTは自費になります。
<input type="checkbox"/> 自費によるPET-CT検査 ・診断名 (_____)	・ 検査料(自費)：約13万～14万円

関西医科大学附属病院

≪予約受付≫ 平日 午前8時30分～午後8時 土曜日 午前8時30分～午後12時30分

≪休診日≫ 日曜、祝日、第2・4土曜日

[地域医療連携部] 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861