PET CT 検査予約時チェック表

ご依頼病名について（該当箇所にチェック✓お願いします）

※ ご依頼内容の詳細、既往歴などについては、診療情報提供書へ記載をお願いいたします。

☐ 悪性腫瘍（早期胃癌は除く）

【適応要件】早期胃癌を除く、すべての悪性腫瘍が保険適応となります。
ただし、確定診断がついていない場合（鑑別診断目的、悪性腫瘍疑い）は適応外となります。

以下のいずれかにチェック✓をお願いします。

☐ 病理学的に悪性腫瘍と確定診断が得られている

☐ 病理学的に悪性腫瘍と確定診断が得られていないが、臨床所見、腫瘍マーカー、他の画像診断などにより、高い蓋然性で悪性腫瘍が考えられる

【検査目的】以下のいずれかにチェック✓をお願いします。

☐ 病期診断（悪性腫瘍の治療前）

☐ 転移・再発診断（悪性腫瘍の治療後）

☐ 治療効果判定（悪性リンパ腫に限る）

☐ 大型血管炎（ ☐ 高安動脈炎、☐ 巨細胞性動脈炎 ）

【適応要件および検査目的】すでに大型血管炎の確定診断がついていることが適応要件となります。
他の検査により病変の局在、または活動性の判断がつかない場合にご依頼下さい。

撮影範囲について

頭頂～骨盤部（大腿中央部レベル）を基本とし、悪性リンパ腫症例では足先まで撮影します。
撮影範囲について特別にご指示ありましたら、診療情報提供書にその旨ご記載お願いいたします。

糖尿病について

☐ あり → ☐ 治療中 → ☐ 食事・運動療法のみ

☐ なし → ☐ 未治療 → ☐ 薬物療法（ ☐メトホルミン塩酸塩、☐インスリン、☐その他 ）

※ 糖尿病のある方も検査は可能ですが、画像に影響が出る場合があります。
特にメトホルミン塩酸塩、インスリンは画像に大きく影響が出る可能性があります。

その他（該当項目あればチェック✓をお願いします）

☐ 3ヶ月以内に画像検査（XP・MRI・CT）を施行している

☐ 体内に心臓ペースメーカーや埋め込み型除細動器が入っている
（ペースメーカー手帳をご持参ください）

☐ 1ヶ月以内に予防接種を受けている（接種部位：＿＿＿＿＿＿）

放射線検査正当性のインフォームドコンセント（説明後チェック✓をお願いします）

☐ 放射線検査の正当性について説明した

説明日　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿