

「FAX診療申込書」と一緒にFAXにて地域連携係宛にお送りください。

**専用 FAX 0857-37-1587**

**PET/CT検査保険適応チェックリスト**

医療機関名

医師名

患者さま氏名

保険診療としてのPET/CT検査をご依頼の際には、下記の適応要件の該当する項目にチェックの上、地域連携室までFAXにてお送りください。

**【適応要件】**

早期胃癌を除く全ての悪性腫瘍が適応となります。鑑別診断(疑い)は全て適応外となります。

(保険適応外につきましては、PET/CTがん検診を行っておりますので、健診センター(0857-37-1540)へご相談ください。)

		病期診断	転移・再発診断
1	肺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	乳癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	大腸癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	頭頸部癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	膵癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	悪性黒色腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	食道癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	子宮癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	卵巣癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	脳腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	転移性肝癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	原発不明癌 (他の画像診断、病理診断がある)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	胃癌(早期を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	その他(                      癌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**病期診断:** 確定した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:** 確定した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。単なる経過観察は適応外です。

治療効果の評価については、単なる観察としては適応外ですが、転移・再発の診断、治療法の選択のための再発診断としては適応になると考えられます。

ご不明の点は、  
鳥取市立病院 地域連携係 (0857-37-1526)までお問い合わせください。