

ご紹介元医療機関の先生方へお願い

PET-CT 検査をご依頼いただく場合は、以下の注意事項をご確認の上、検査依頼をお願いいたします。

1. PET-CT (FDG) の保険適用疾患と適用要件について

- ・ **早期胃癌を除くすべての悪性腫瘍**
- ・ **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**

具体的には以下の項目 すべてに 該当している必要があります。

- ・ 病理組織学的に悪性腫瘍と確認されている患者であること
- ・ 上記が困難である場合には、臨床病歴、身体所見、PET あるいは PET-CT 以外の画像診断所見、腫瘍マーカー、臨床的経過観察などから、臨床的に高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断される患者であること

以上を必ずご確認ください。特に「肺癌疑い」など 疑い病変は保険適用外 となります。

2. 悪性腫瘍以外の検査依頼について

悪性腫瘍以外の PET 適応症例については、当院の該当する診療科に PET 検査を依頼してください。

(心サルコイドーシス：循環器内科、てんかん：神経内科)

ご依頼の際は「PET 検査希望」などの記載をお願いいたします。

3. 検査の同意とキャンセルについて

当院では、PET-CT 検査を受けられる患者さんに、検査についての説明を行い、検査内容や負担金等について同意いただいたうえで検査を実施しております。

貴院からのご依頼時も、「PET-CT 検査 説明書」「PET-CT 検査を受けられる方へ (注意事項)」をよくお読みいただき、患者さんへのご説明をお願いいたします。

また、同意書の太枠内 (『日付』『患者氏名』) および『依頼施設名』『依頼医師名』に必ずご記入いただき、検査当日ご持参ください。

当日無断でキャンセルされるとお薬代 (実費：約 49,000 円) を負担していただくことがあります。
キャンセルされる場合は、前日の午前中 までに下記までご連絡をお願いいたします。

ご紹介元医療機関の先生方にはお手数をおかけいたしますが、ご理解とご協力をよろしくお願い致します。

神戸市立西神戸医療センター (078) 997-2200 (代表)

地下放射線受付 (内線 3000)