

## FDG-PET-CT 検査用

## 診療情報提供書(第1版 2025年7月)

令和 年 月 日

TEL 番号 0562-88-3010

FAX 番号 0562-46-3309

国立長寿医療研究センター 地域医療連携室 御中

医療機関名

及び住所

電話番号

FAX 番号

医師名

## ◎FDG-PET-CT 検査依頼

フリガナ		生年	西暦・明・大・昭・平
患者氏名	男・女	月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
電話番号	TEL ( ) 続柄(□本人 □その他( )) ※ 検査日前日(土日祝日を除く)に来院確認のお電話をさしあげます。		
当院受診歴	□ なし □ 不明 □ あり (診察券番号: )		

診断名	
検査費用区分	□ 保険 (FDG-PET-CT の保険適応に該当する)
検査目的	<input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 転移・再発診断 <input type="checkbox"/> 治療効果判定(悪性リンパ腫のみ) <input type="checkbox"/> 心疾患 (心サルコイドーシスのみ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 血管炎 ※高安動脈炎等の大型血管炎において他検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない場合
画像検査	<input type="checkbox"/> CT (撮影日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> MRI (撮影日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> US (撮影日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他検査(検査名: 撮影日: 年 月 日) ※ 直近3カ月以内の日付を記載ください。検査当日は直近の画像をご持参ください。
病理診断	<input type="checkbox"/> あり (組織型: 実施日: ) <input type="checkbox"/> なし (病理診断による確定診断は得られていないが臨床上高い蓋然性を持って悪性腫瘍と診断)
経過	※ 手術歴/放射線治療/化学療法に関してご記入ください。 <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり
その他	患者についての留意事項 (薬物アレルギー・感染症・既往歴等)

2025年7月

国立長寿医療研究センター  
病診連携室・放射線診療部

## FDG-PET-CT 検査をご紹介いただく医療機関様へ

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は当院の運営に格別のご高配を賜り感謝申し上げます。

FDG-PET-CT 検査についてお願い申し上げます。本検査に使用する放射性医薬品は約5万円の高額な薬剤となります。適応でない患者様の検査を行うと保険請求できず、薬剤費用が持ち出しとなってしまいます。大変恐縮ではございますが、以下の事項にご留意いただき検査のご依頼をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

敬具

### 記

#### [保険適応について]

E101-3 より、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは再発・転移の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1. てんかん	難治性部分転換で外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 心疾患	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（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）又は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使用する。
3. 悪性腫瘍 （早期胃癌を除き、 悪性リンパ腫を含む。）	病理診断で悪性腫瘍の確定診断がついていて、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。 病理診断による確定診断が得られなかった場合については、臨床上高い蓋然性をもって悪性腫瘍と診断されていること。
4. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

以上