

PET（ポジトロン断層撮影）検査保険適用要件チェックリスト
 （ご記入の上、紹介状と合わせてお持ち下さい。）

保険診療による PET 検査を依頼される場合は、
 必ず下記の疾患名、保険適用要件欄の“□”にチェックをお願いします。

疾患名	保険適用要件	
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/>	難治性部分てんかんで外科的切除が必要とされる患者。
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（早期胃癌を除く） 疾患名（ ）	<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/>	虚血性心疾患による心不全患者で心筋組織のバイアビリテ ィ診断が必要とされる患者。ただし、通常の心筋シンチグ ラフィで判定困難な場合に限る。
<input type="checkbox"/> 血管炎	<input type="checkbox"/>	高安動脈炎等の大血管炎において、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。

尚、上記に該当しない場合は保険適応とはなりません。ご注意ください。

保険適応外と思われるケース

- 1、 「疑い」病名
- 2、 腫瘍マーカー高値のみ
- 3、 同一月内にガリウムシンチが施行されている場合
- 4、 悪性リンパ腫の化学療法後の定期的フォローアップ
- 5、 肺門リンパ節腫大を認めサルコイドーシス、悪性リンパ腫の鑑別目的
- 6、 肺気腫がある患者様の、肺癌のスクリーニング目的
- 7、 アルツハイマー病の診断目的
- 8、 狭心症の診断

その他ご不明な点がございましたら下記まで連絡してください。

松波総合病院 放射線科 アイソトープ室
 〒501-6062 岐阜県羽島郡笠松町田代 185-1
 TEL058-388-0111（代表） Fax 058-387-8232 内線 2248 PHS6378