

**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に使用する。
<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に使用する。
<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種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
<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に使用する。

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あり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）内線 2248 PHS51378