

# FDG - PET/CT 検査

## 事前確認事項シート

● 患者氏名

● 医療機関名

● 生年月日

● 確認医師名

① 診断名を記入してください。

※ 例: 右上葉肺癌、横行結腸癌（術後）など。疑い病名は不可。

② 以下の保険適用要件/選択基準を満たしていますか？

※ 要件を満たさない場合は検査を施行することができません。

はい

いいえ

1. てんかん	● 難治性部分てんかんである ● 外科切除が必要とされる患者である	
2. 心疾患	虚血性心疾患	● 虚血性心疾患による心不全である ● 目的は心筋組織のバイアビリティ診断である ● 他の検査では判断つかない
	心サルコイドーシス	◇ 心サルコイドーシスの診断目的（※下の条件を満たす場合に限り） ● 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ている ● 心臓病変を疑う心電図または心エコー所見を認める ◇ 心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断目的
3. 悪性腫瘍	● 悪性腫瘍（早期胃癌を除く、悪性リンパ腫を含む）として病理組織学的にまたは臨床的に高い蓋然性をもって診断されている ● 目的は病期診断または転移・再発の診断である ● 他の検査または画像診断（CT 以外）で、病期または転移・再発の診断が確定できない	
4. 血管炎	● 高安動脈炎等の大型血管炎である ● 他の検査で病変の局在または活動性の判断がつかない	

●：条件をすべて満たす必要あり ◇：条件のいずれかを満たす必要あり

【参考】令和6年 厚生労働省告示第57号 ・ FDG PET, PET/CT 診療ガイドライン 2020

③ 糖尿病の有無・使用中の糖尿病治療薬について記入してください。

※ 予約時間の5時間前から、インスリン（持効型を除く）・血糖降下薬は原則使用しないでください。

なし

あり

インスリン

血糖降下薬

④ 体内金属・医療機器の有無について記入してください。

※ ペースメーカーの入っている方の予約の際は、ペースメーカー手帳の機種名が記載されているページを申込時に FAX でお送りください。

なし

あり

ペースメーカー

補聴器

神経刺激装置

人工内耳

インスリンポンプ

人工関節

血糖値測定器

その他

⑤ (女性の場合) 妊娠の有無を記入してください。

なし

妊娠中

⑥ その他、留意事項があればご記載ください。

ご記入内容について、確認のためお問い合わせさせていただく場合がございます。

ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください

岐阜大学医学部附属病院 総合患者サポートセンター  
TEL:058-230-7033 お問い合わせ：平日 8:30~17:00

岐阜大学医学部附属病院