

診療情報提供書（PSMA-PET）

医療法人 DIC 宇都宮セントラルクリニック
院長 斎藤 友雄 先生

| | |
|--|---|
| ◆貴医療機関名 | 住所 |
| 科 先生 | TEL : () FAX : () |
| (フリガナ) 患者名 : 様 生年月日 : 年 月 日 性別 : (男・女) 住所 : TEL : () 職業 : | 検査日 : 年 月 日 午前・午後 時 分 報告書希望日 : 年 月 日 午前・午後 時 分 |

※紹介目的の保険か自費に☑の記入をお願いいたします。

| | | |
|------|-------------------------------|--|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 保険検査 | 保険での PSMA-PET は「PSMA 標的療法の適応となる前立腺癌患者への適応判定において PSMA 陽性病変の有無に関する情報を得る目的で実施すること」とあり、以下の項目に全て該当している場合のみ保険適応となります。 <input type="checkbox"/> 新規アンドロゲン受容体シグナル阻害剤（ARSI）を施行している。 ARSI 剤 : () <input type="checkbox"/> 去勢抵抗性前立腺癌（mCRPC）である。 <input type="checkbox"/> 画像診断《CT、MRI、骨シンチ、PET 等》で遠隔転移を認める。 施行検査 : () 転移部位 : () ※所属リンパ節転移は遠隔転移に含まれません。 |
| | <input type="checkbox"/> 自費検査 | 保険検査の条件を満たさない場合 |

| | |
|-------------------------------|------------------|
| 臨床診断名 | |
| 既往歴 家族歴 臨床経過 処方 等 | <div>体重 kg</div> |