

# 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  科 先生		住所  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	□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。
		□自費検査

臨床診断名		
既往歴 家族歴 臨床経過 処方 等		
	体重	kg



医療法人DIC  
宇都宮セントラルクリニック

PETセンター直通 : 028-657-7306 FAX : 028-657-5250 メールアドレス : kensabu@ucc.or.jp