memo

徳島大学病院
Tokushima University Hospital
770-8503 徳島県徳島市蔵本町2丁目50-1
Phone.088-631-3111 [案内]
Fax.088-633-7009
https://www.tokushima-hosp.jp/

Tokushima University Hospital
2-50-1 Kuramoto, Tokushima
770-8503, Japan
Phone.+81-88-631-3111
Fax.+81-88-633-7009
https://www.tokushima-hosp.jp/

徳島大学病院 2023

別冊 患者紹介方法

P01 …… FAX 予約票
P02 …… 高度画像診断センター FAX 予約票
P03 …… 渡航外来予約方法
P04 …… 渡航外来 FAX 予約票
P05 …… てんかんセンター予約方法
P06 …… てんかんセンター FAX 予約票
P07 …… 高次脳機能障害支援センター予約方法
P08 …… 高次脳機能障害支援センター FAX 予約票
P09 …… 痛みセンター予約方法
P10 …… 痛みセンター FAX 予約票
P11 …… PET/CT 検査のご案内
P12 …… PET/CT 検査依頼書
P13 …… PET/CT 検査の保険適用要件確認表
P14 …… メモ

徳島大学病院
Tokushima University Hospital

徳島大学病院FAX予約申込票

予約センター（患者支援センター内） FAX:0120-33-5979 TEL:088-633-9106

紹介元医療機関名		FAX	
担当医氏名		TEL	

希望する診療科名		受診希望日	必ず患者さんへ希望をご確認下さい。 □1週間以内　□1か月以内 受診希望曜日 月・火・水・木・金
医師名			
担当医師への連絡の有無	無・有　=[　　医師]　月　日(　)　時　分 にて約束済み		

フリガナ		性別	男・女
患者氏名	（旧姓:　）	生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日(　歳)
現住所	〒　－ （旧住所:　）		
電話番号	(　)　－		日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい。 （急な休診時のご連絡等のため。）
徳島大学病院受診歴 **（歯科含む）**	無・有 = 登録番号（　）		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承下さい。
今回の受診は ・・・ 交通事故* ・ 労災 ・ どちらでもない *交通事故の場合は、全額自費となります。		現在、他院に 入院中 の場合は、以下を選択して下さい。 患者さんの移動方法【 車椅子 ・ ストレッチャー・ 独歩 】	
セカンドオピニオン（自費）ですか？	いいえ ・ はい	保険適用外のセカンドオピニオン外来（1 時間 30,000 円＋税）をご希望の場合は、当予約票に「セカンドオピニオン外来申込書」をつけて FAX して下さい。	

■ 紹介目的（患者持参予定の項目に○を記入して下さい。）

徳島大学病院宛	紹介状 ・ フィルム ・ その他（　） 画像CD等 【 CT ・ MRI ・ XP（　月　日 撮影分）】
※簡単な症状等を必ずご記入下さい。	

■ 保険情報

保険①	保険者番号		本人 家族	負担割合 割	開始日	年　月　日		
	記号		番号		終了日	年　月　日		
保険②	保険者番号		本人 家族	負担割合 割	開始日	年　月　日		
	記号		番号		終了日	年　月　日		

■ **FAX受付時間 月~金 9:00～17:00（土日祝、年末年始は除く）**
折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。

■ 受診当日は、保険証等、 紹介状（画像データ CD）、 診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの方）をご持参の上、総合受付①初診 ・ FAX 予約窓口 にて受付をして下さい。

徳島大学病院　高度画像診断センターFAX予約票

■ FAX 0120－335－979　　■ TEL 088－633－9106

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

希望する検査	MRI ・ CT ・ RI(シンチ)	造影 ・ 単純	受診希望日	①　月　日(　曜日)
部位				②　月　日(　曜日)

■紹介目的 （簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。）

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日 (　歳)
現住所	〒		
電話番号	(　)　－		日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい。 （急な休診時のご連絡等のため。）
徳島大学病院受診歴 **（歯科含む）**	無・有 = 登録番号（　）		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。
今回の受診は ・・・ 交通事故* ・ 労災 ・ どちらでもない *交通事故の場合は、全額自費となります。		現在、他院に 入院中 の場合は、以下を選択して下さい。 患者さんの移動方法【 車椅子 ・ ストレッチャー・ 独歩 】	

■保険情報

保険①	保険者番号		本人 家族	負担割合 割	開始日	年　月　日		
	記号		番号		終了日	年　月　日		
保険②	保険者番号		本人 家族	負担割合 割	開始日	年　月　日		
	記号		番号		終了日	年　月　日		

■ **FAX受付時間 月 ～ 金 9:00 ～ 17:00（土日祝、年末年始は除く）**
受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りします。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんにお渡し下さいますようお願いいたします。受診当日は、予約受付票・保険証等・紹介状・診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの場合）を、FAX予約受付窓口にご持参ください。

渡航外来

徳島大学病院 感染制御部

旅行、留学、お仕事で海外に行く前にワクチン接種をしましょう！！

近年、旅行や留学、海外赴任も含め日本人の海外渡航者数が増加しております。また徳島県においては年間約5万人が渡航しており、なかにはボランティアや企業の派遣で開発途上国に長期間赴く人も多くなっています。これらの旅行者には本来推奨されるワクチンや予防内服薬があるのですが、海外渡航者をサポートする医療機関が少ない現状では満足な渡航医学が提供できる体制にはありません。

本院ではこのような状況を踏まえ、平成28年11月に渡航外来を開設し、旅行や留学、赴任など様々な形での海外渡航について、医師が詳しく説明し、海外渡航者の皆様の健康をサポートしております。

予防接種について

ワクチンの種類によっては、期間内に複数回の接種が必要となる場合があります。
渡航する予定がある場合には、なるべく早く医療機関や検疫所で接種するワクチンの種類を相談しましょう。

ワクチンの種類によっては、予約決定後に取り寄せる場合もあるため、完全予約制となっております。
時間的余裕を持ってご予約下さい。

我が国では、6ヶ月以上海外で勤務される際には、その赴任前および帰国後に健康診断の実施が法律により義務付けられています。
（労働安全衛生規則45条の2：海外派遣労働者の健康診断）

診療日時・場所について

■外来日時
火曜～金曜日（完全予約制）
※時間は担当医と要相談

■場所
内科外来（外来棟3階）等

予約について

■ＦＡＸ（徳島大学病院予約センター）
０１２０-３３-５９７９

■Ｅ-Ｍａｉｌ
tokou@tokushima-u.ac.jp

当日の必要書類

診察券、予約票、健康保険証、
母子手帳（診察時に提出下さい。）

料金について

当院で実施する渡航外来診療は全て「自費診療」となります。
検査、診察、文書作成、ワクチン接種のために実施した項目の合算が請求額になります。

■診察料　：渡航外来基本料（初回時：相談料を含む）　５，５００円
　　：渡航外来基本料（２回目以降：再診時）　１，７６０円
■証明書料　：1通につき（英文証明書を含む）　５，９０４円
■取り扱いワクチン　：Ａ型肝炎ワクチン、Ｂ型肝炎ワクチン、破傷風ワクチン、
狂犬病ワクチン、髄膜炎菌ワクチンなど
（詳しくは徳島大学病院 感染制御部ホームページを参照ください。）

（ホームページ）　URL　：http://www.tokushima-ict.com/jp/index.html
（問い合わせ先）　Ｅ-Mail：　tokou@tokushima-u.ac.jp

徳島大学病院渡航外来FAX予約申込票

患者支援センターFAX予約室　FAX:0120－33－5979　TEL:088－633－9106

会社名		返信先 FAX/E-Mail	
出張者氏名		職場TEL	
出国先		渡航目的	赴任 ・ 出張 ・ 留学 その他（　　）
都市名			

フリガナ		性 別	男 ・ 女
ローマ字表記		生年月日	明・大・昭・平・令
患者氏名			年　月　日（　歳）
現 住 所	〒 ※電話番号（　　）　－ ※E-mail		
緊急連絡先	TEL（　　）　－		

徳島大学病院受診歴（歯科含む）	受診歴がある方は診察券を確認して必ずご記入ください 無 ・ 有 ＝ 登録番号（　　）	旧姓・旧住所での受診歴がある際には，お電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。

今回の受診目的は ・・・ ①ワクチン接種希望　②予防内服薬の処方　③外国人体格検査（中国渡航前健診）
④英文診断書の発行　⑤PCR検査　⑥陰性証明書の発行

出国時期・期間	未定	年　月　日 ～　年　月　日（　年　ヶ月）	
来院希望日	なし	①　年　月　日（　）	②　年　月　日（　）

■ 他施設での接種状況（該当する項目を○で囲み，ありの場合はワクチン名等ご記入下さい。）

他施設の予約状況	なし ・ あり （ワクチン名:　　，接種予定日　　）
他施設の接種状況	※渡航に際して，過去に予防接種を受けたことがある場合は，ワクチン名と接種日をご記入下さい

ワクチン名	回数	接種年月日	副反応の有無

■ 保険情報

保険	保険者番号		本人 家族	負担割合　割	開始日	年　月　日
	記号	番号			終了日	年　月　日

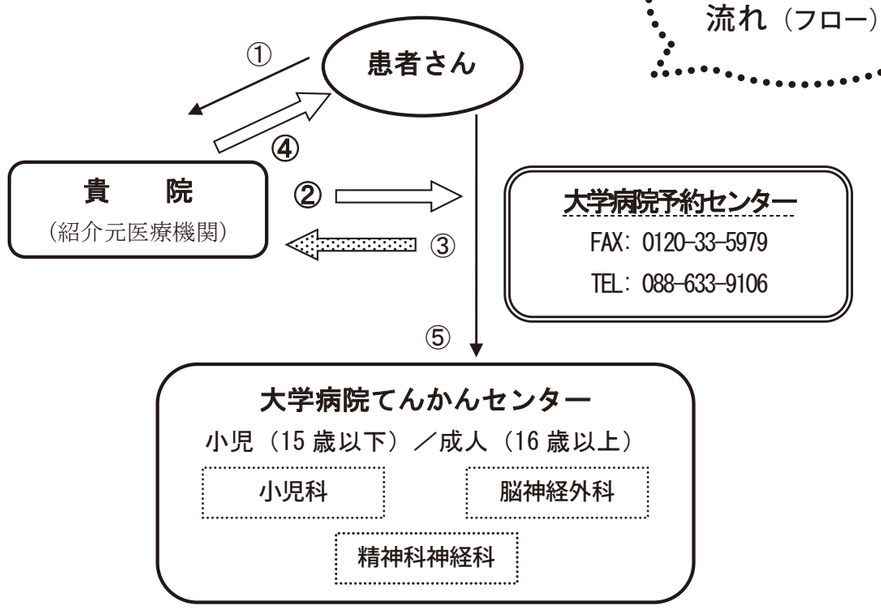
■ **FAX受付時間　月~金　9:00～17:00（土日祝，年末年始は除く）**
なるべく余裕を持って出発の1ヶ月以上前にお申し込みください。
受付時間内の受信分は，1 週間以内を目処に渡航外来診療担当医師から電話連絡し，予約日やワクチン等についてご相談いたします。予約日が決定しましたら，予約受付票（初診のみ）を送付いたします。
※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。（急な休診時のご連絡等のため）

■ 受診当日は，予約受付票 ・ 保険証 ・ 診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの方）・母子手帳をFAX予約受付窓口にご持参ください。

てんかんセンター予約方法のご案内

てんかんセンターでは 、医師（小児科、脳神経外科、精神科神経科、 脳神経内科、放射線科、リハビリテーション部）、臨床検査技師、看護師、言語療法士など様々な職種のスタッフが協力して、包括的な診療、治療、社会的支援に取り組んでいます。てんかんの診断に長時間ビデオ脳波モニタリングという入院して行う検査を行い、スタッフが定期的にカンファレンスを行います。チーム医療により、診断や治療方針を決定します。薬物による発作がコントロール困難である場合には外科的治療を検討します。

受診までの流れ（フロー）



【 予約申込み等手順 】

① 患者さんが貴院に来院

② 貴院から大学病院予約センターにＦＡＸ予約申込み

☆「徳島大学病院 てんかんセンターＦＡＸ予約票」をご利用下さい。

（本院ホームページからＰＤＦをダウンロードすることもできます。）

③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡

※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので、ご了承ください。

④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡

⑤（患者さんが本院てんかんセンター診療科を受診）

徳島大学病院　てんかんセンターFAX予約票

■ FAX 0120−33−5979　　■ TEL 088−633−9106

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		ＴＥＬ	
担当医師名		ＦＡＸ	

希望する診療科 〇で囲み下さい	小児: 15 歳以下: 月 – 金曜日 成人: 16 歳以上: 精神科神経科（月曜日） 脳神経外科（木曜日午後）	受診希望日	①　月　日（　曜日） ②　月　日（　曜日）

■紹介目的 （簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。）

フリガナ		性　別	男　・　女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日 （　歳）
現住所	〒		
電話番号	（　）　－		日中連絡のとれる電話番号をご記入下さい。 （急な休診時のご連絡等のため。）
徳島大学病院受診歴 **（歯科含む）**	無 ・ 有 ＝ 登録番号（　）		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。
今回の受診は ・・・　交通事故* ・ 労災 ・ どちらでもない *交通事故の場合は、全額自費となります。		現在、他院に 入院中 の場合は、以下を選択して下さい。 患者さんの移動方法【 車椅子 ・ ストレッチャー・ 独歩 】	

■保険情報

保険①	保険者番号		本人 家族	負担割合　割	開始日	年　月　日
	記号	番号			終了日	年　月　日
保険②	保険者番号		本人 家族	負担割合　割	開始日	年　月　日
	記号	番号			終了日	年　月　日

■ **FAX受付時間　月 ～ 金　9:00 ～ 17:00（土日祝、年末年始は除く）**

折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

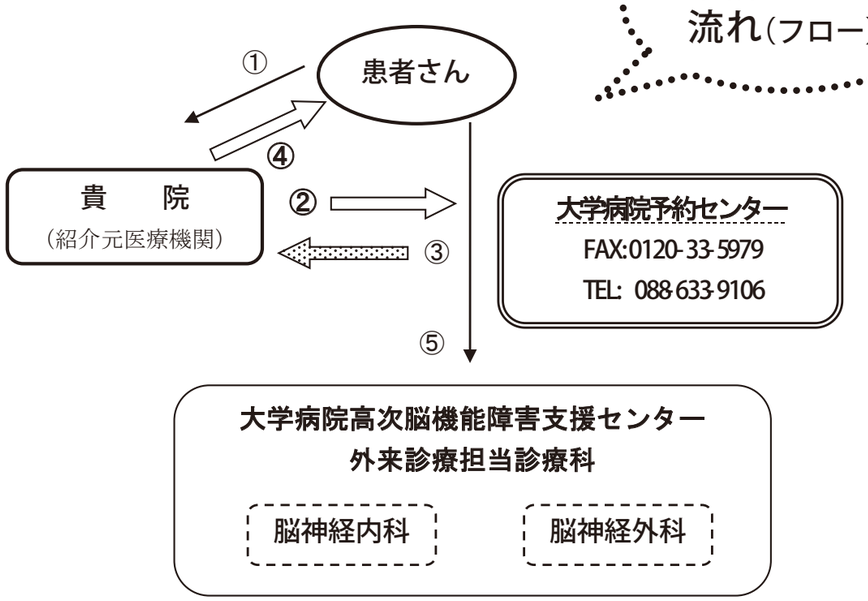
■ 受診当日は、保険証等、紹介状（画像データCD）、診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの場合）を、ご持参の上、総合受付①初診・FAX予約窓口にて受付をして下さい。

高次脳機能障害支援センター予約方法のご案内

高次脳機能障害支援センターでは、医師（脳神経外科，脳神経内科，精神科神経科，リハビリテーション部），看護師、言語療法士など様々な職種のスタッフが協力して、診断や治療，社会的支援に取り組んでいます。

診断や治療方針を決定後は，院内外の多職種（地域医療機関や他の連携機関）と連携しながら，包括的な支援の取り組みを行います。

受診までの流れ（フロー）



【 予約申込み等手順 】

① 患者さんが貴院に来院

② 貴院から大学病院予約センターにＦＡＸ予約申込み

☆「徳島大学病院 高次脳機能障害支援センターＦＡＸ予約票」をご利用下さい。

（本院ホームページからＰＤＦをダウンロードすることもできます。）

③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡

※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので、ご了承ください。

④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡

⑤（患者さんが本院高次脳機能障害支援センター診療科を受診）

徳島大学病院　高次脳機能障害支援センターFAX予約票

■ FAX 0120−33−5979　　■ TEL 088−633−9106

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		ＴＥＬ	
担当医師名		ＦＡＸ	

診療日	第2・4木曜日　午後	受診希望日	①　　月　　日（　　曜日）
			②　　月　　日（　　曜日）

■紹介目的（簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。）

フリガナ		性　別	男　・　女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日 （　歳）
現住所	〒		
電話番号	（　　）　　−		日中連絡のとれる電話番号をご記入下さい。 （急な休診時のご連絡等のため。）
徳島大学病院受診歴 **（歯科含む）**	無 ・ 有 ＝ 登録番号（　　）		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。
今回の受診は ・・・　交通事故* ・ 労災 ・ どちらでもない *交通事故の場合は、全額自費となります。		現在、他院に 入院中 の場合は、以下を選択して下さい。 患者さんの移動方法【 車椅子 ・ ストレッチャー・ 独歩 】	

■保険情報

保険①	保険者番号		本人・家族	負担割合　割	開始日	年　月　日
	記号	番号			終了日	年　月　日
保険②	保険者番号		本人・家族	負担割合　割	開始日	年　月　日
	記号	番号			終了日	年　月　日

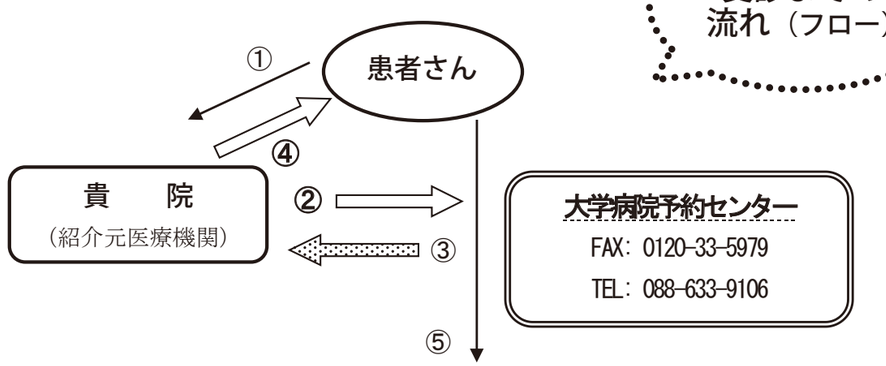
■ **FAX受付時間　月 ～ 金　9:00 ～ 17:00（土日祝、年末年始は除く）**
折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 受診当日は、保険証等、紹介状（画像データCD）、診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの場合）を、ご持参の上、総合受付①初診・FAX予約窓口にて受付をして下さい。

痛みセンター予約方法のご案内

痛みセンターでは、医師（ペインクリニック科、精神科神経科、整形外科、脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション部など）、歯科医師（ペインクリニック科、かみあわせ補綴科など）、看護師、臨床心理士、理学療法士など様々なスタッフが協力して診断や治療、生活支援を行っていきます。

受診までの流れ（フロー）



【 予約申込み等手順 】

① 患者さんが貴院に来院

② 貴院から大学病院予約センターにＦＡＸ予約申込み
☆「徳島大学病院 痛みセンターＦＡＸ予約票」をご利用下さい。
（本院ホームページからＰＤＦをダウンロードすることもできます。）

③ 大学病院予約センターから貴院へ予約確定のご連絡
※混雑時には確定ご連絡をお待たせする場合がありますので、ご了承ください。

④ 貴院から患者さんに予約確定の連絡

⑤ 患者さんが本院痛みセンター診療科を受診

徳島大学病院　痛みセンターFAX予約票

■ FAX　0120－33－5979　　■ TEL　088－633－9106

紹介元医療機関住所	〒		
紹介元医療機関名		ＴＥＬ	
担当医師名		ＦＡＸ	

希望する診療科〇で囲み下さい	医科ペインクリニック （腰下肢痛、主に整形外科疾患）：月曜日 歯科ペインクリニック （口腔顔面痛、その他全身の痛みなど）：水曜日	受診希望日	①　　月　　日（　　曜日） ②　　月　　日（　　曜日）

■紹介目的（簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。）

フリガナ		性　別	男　・　女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日 （　歳）
現住所	〒		
電話番号	（　　）　　－		日中連絡のとれる電話番号をご記入下さい。 （急な休診時のご連絡等のため。）
徳島大学病院受診歴 **（歯科含む）**	無 ・ 有 ＝ 登録番号（　　）		旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。
今回の受診は ・・・　交通事故* ・ 労災 ・ どちらでもない *交通事故の場合は、全額自費となります。			現在、他院に 入院中 の場合は、以下を選択して下さい。 患者さんの移動方法【 車椅子 ・ ストレッチャー・ 独歩 】

■保険情報

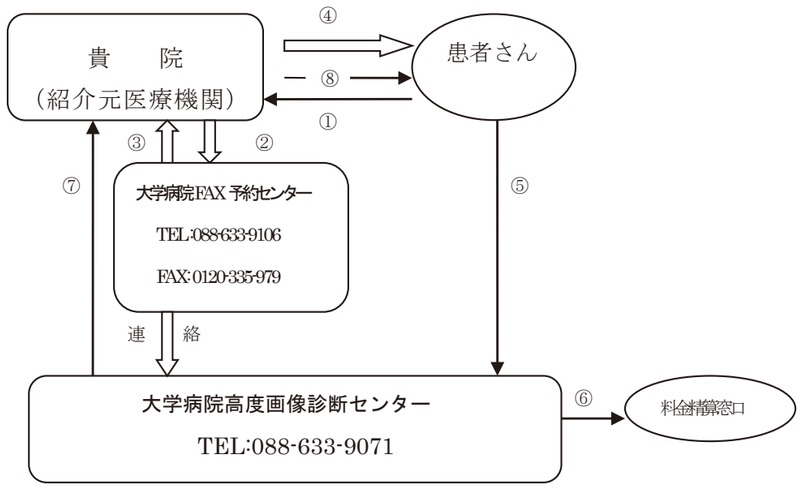
保険①	保険者番号			本人 家族	負担割合　割	開始日	年　月　日
	記号		番号			終了日	年　月　日
保険②	保険者番号			本人 家族	負担割合　割	開始日	年　月　日
	記号		番号			終了日	年　月　日

■ **FAX受付時間　月 ～ 金　9:00 ～ 17:00（土日祝、年末年始は除く）**
折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんに受診日時をお伝え下さい。なお、予約受付票は当日お持ちいただく必要はございません。希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。

■ 受診当日は、保険証等、紹介状（画像データCD）、診察券（徳島大学病院の診察券をお持ちの場合）を、ご持参の上、総合受付①初診・FAX予約窓口にて受付をして下さい。

PET／CT検査のご案内

徳島大学病院高度画像診断センターでは、最新の陽電子放出断層撮影装置（PET）とＸ線コンピュータ断層撮影装置（CT）一体型の機器によるポジトロンＣＴ(PET) 検査の受付を開始し、地域の皆様に従来よりも更に信頼性の高い診断を提供していますので、どうぞご利用ください。



【 予約申込み等手順 】

①患者さんが、貴院に来院

②貴院から大学病院ＦＡＸ予約センターに予約申込み

☆ 診療情報提供書（PET/CT 検査依頼書）使用

（本院ホームページからダウンロードするか、本案内のものをコピーして使用願います。）

③大学病院 FAX 予約センターから貴院へ予約確定の連絡

（※受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。）

④貴院から患者さんに予約確定の連絡

⑤患者さんが大学病院に来院し、高度画像診断センターで撮影

⑥患者さんは会計窓口で料金精算後、ご帰宅

⑦後日、大学病院高度画像診断センターから貴院に対して画像（CD－R）ならびに読影結果及び診断情報提供書を送付

⑧貴院から患者さんに読影結果及び診断を説明

令和　　年　　月　　日

診療情報提供書（PET／CT検査依頼書）

徳島大学病院　高度画像診断センターFAX 予約票　　FAX　0120－335－979

TEL　088－633－9106

紹介元医療機関名			TEL	
担当医師名			FAX	

フリガナ		受診希望日	①　月　日（　曜日）
患者氏名			②　月　日（　曜日）
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）	性 別	男　・　女
住　所	〒		
電話番号	（　）　－	日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい。（急な休診時のご連絡等のため）	
徳島大学病院受診歴（歯科含む）	無・有 ＝登録番号（　）	旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認をとらせていただく場合があります。ご了承下さい。	
確定病名			
検査目的	悪性度評価　・　病期診断　・　再発診断　・　その他（　）		

症状経過・既往歴（病変のサイズ・部位・病理診断など）

検査部位	□全身スキャン	頭部から大腿上部まで				
	□局所スキャン	□　脳	□　胸部	□　腹部	□　骨盤	□　下肢
フィルム貸出	X線　　枚・MRI　　枚・CT　　枚・その他（　　枚）					
患者情報	・体重　　kg ・移動　車椅子・寝台・独歩可能 ・腫瘍マーカー（　） 異常の有無　有・無 ・施行した画像診断 CT・MRI・RI・US・その他（　） ・感染症 STS・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他（　）		・手術経験　有・無 ・妊　娠　有・無（　カ月） ・ｱﾚﾙｷﾞｰ　有・無（　） ・授　乳　有・無 ・糖尿病　有・無 ・閉所恐怖症　有・無			

■ **保険情報**

保険	保険者番号		本人・家族	負担割合　割	開始日	年　月　日	
	記号		番号		終了日	年　月　日	

■ **FAX受付時間　月~金　9:00～17:00（土日祝、年末年始は除く）**

受付時間内の受信分は原則当日にお返事をお送りいたします。受付の混雑時にはお返事が遅くなる場合があります。ご了承ください。時間外、土日祝日は、翌日または休み明けのご返信となります。

別表「PET／CT 検査の保険適用要件確認表」

（病名及び具体的な理由を下の表によりそれぞれ該当するものについて確認してください。）

病　　名	具体的な理由
□ てんかん	□ 難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者
□ 虚血性心疾患	□ 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，通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限る。
□ 大型血管炎　（高安動脈炎または巨細胞性動脈炎）	□ すでに大型血管炎と診断のついている患者の、他の検査で病変の局在または活動性の判断のつかない方
□ 悪性腫瘍（早期胃癌を除く。）	□ 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

上記の悪性腫瘍の場合、以下の 6 つのうち該当するものに必ずチェックをしてください。

□ 治療前の病期診断

□ 二段階治療を施行中の患者において、第一段階治療完了後の第二段階治療方針決定のための病期診断。例えば、術前化学療法後、または、術前化学放射線治療後における、術前の病期診断、等。

□ 転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断

□ 手術、放射線治療などによる変形や瘢痕などのため他の方法では再発の有無が確認困難な場合

□ 経過観察などから治療が有効と思われるにも拘わらず他の画像診断等で腫瘤が残存しており、腫瘍が残存しているのか、肉芽・線維などの非腫瘍組織による残存腫瘤なのか、を鑑別する必要がある場合

□ 悪性リンパ種の治療効果判定（転移・再発診断の目的に該当するとの見解）

memo