

アミロイド PET/CT 検査予約票

患者様用^①

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック

和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 _____
科・医師名 _____
電話番号 _____

来院予定日時	年	月	日	午前 午後	時	分
ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日生
患者様お名前	様					
患者様ご住所	〒	—		電話番号	(自宅) () -	(携帯) - -

検査を受けられる本人様及びご家族様は必ず熟読ください。

検査注意事項

- 検査前日および当日の過ごし方
 - 検査前日および当日は、激しい運動は行わないでください。
 - 検査当日の食事・飲水の制限はありません。
- 内服薬について
 - 普段服用されているお薬は内服していただいて大丈夫です。
- その他
 - お一人で検査を受けられない方は付き添いをお願いいたします。
 - 検査は準備も含め約3時間程度かかります。当日の日程は十分余裕をもってお越しください。
 - 撮影には30分程度時間を要します。長時間仰向けで寝ることが困難な方は主治医にご相談ください。
 - 検査当日のキャンセルは検査薬代金をご負担いただきます。別紙「アミロイド PET/CT 検査の同意書」を参照ください。検査の延期・キャンセルは検査前日の16時までに073-447-3300までご連絡ください。

当日ご持参いただくもの

- アミロイド PET/CT 検査予約票 (本状)
- 主治医より患者様がお預かりされている書類・CD-R など
- 健康保険証(又はマイナンバーカード)・各種受給証・お薬手帳
- 検査費用

本検査は保険適用 (3割負担) : 約 80,000 円 保険適用外では約 240,000 円の費用が掛かります。

(1割負担) : 約 27,000 円 ※クレジットカード利用可 (分割払いは出来ません)



和歌山画像診断センター

医療法人 昭陽会 和歌山南放射線科クリニック

〒641-0012 和歌山市紀三井寺870-2

TEL 073-447-3300

FAX 073-447-3636



当施設地図



ホームページ

PET/CT 検査依頼書《診療情報提供書》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック

和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 _____

科・医師名 _____

電話番号 _____

来院予定日時	年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 年 月 日生
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 —	電話番号	(自宅) () - (携帯) - -

アミロイドイメージング PET/CT 検査の依頼に際し以下の項目に☑をお願いします。

4. レカネマブ製剤・ドナネマブ製剤に関わる適正使用推進ガイドラインに準拠した施設である。
5. アルツハイマー病による軽度認知障害または認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ・ドナネマブ治療の要否を判断する目的においてアミロイドβプラーク所見を確認することを目的とする。
3. 本状1枚目(アミロイド PET/CT 検査予約票 患者様用)の内容を医師より説明し、本検査における全内容において患者様またはご家族様に同意を得ている。
4. 認知症機能評価 MMSE スコア 22 点以上(ドナネマブは MMSE スコア 20 点以上~28 点以下)である。
5. 臨床認知尺度 CDR 全般スコア 0.5 または 1 である。

臨床診断			
施行検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 核医学検査	<input type="checkbox"/> ドナネマブ治療にて 12 か月後	
検査薬指定	<input type="checkbox"/> ビザミル静注 <input type="checkbox"/> アミヴィッド静注 <input type="checkbox"/> 指定なし	Aβ プラークの確認	
臨床経過	・手術歴 (年 月) 病名:()		
依頼検査内容	<input checked="" type="checkbox"/> アミロイドイメージング PET/CT におけるアミロイドβ沈着の定性評価 ※上記以外に MRI 検査を追加ご記入の場合は、別途 MRI 検査依頼書にご記入お願いいたします。		
画像媒体 (必要なものに✓)	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ペーパー	結果報告	<input type="checkbox"/> 通常(約1週間) <input type="checkbox"/> 至急()日着

確認事項	歩行： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(車椅子・ストレッチャー) アルコール過敏症： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 感染症：HBV(+・-・未) HCV(+・-・未) その他() 妊娠： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 授乳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他：()
------	--

アミロイド PET/CT 検査 説明および同意書(診療用)

検査内容

アミロイドイメージング PET/CT 検査は、アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者様に対し、レカネマブ・ドナネマブ疾患収縮治療薬投与の要否を判断する目的として行われる検査です。薬剤投与後は、約 50 分～90 分程度※待機室にて安静にお休みいただきます。その後 10 分～30 分程度※の撮影を行います。

※検査薬剤により待機時間、撮影時間が異なります。

注意事項

- ・検査前日および当日の激しい運動は避けてください。
- ・食事・飲水の制限はありません。
- ・普段服用されているお薬は内服していただけます。
- ・本検査は、放射性医薬品による放射線被ばくも伴いますが、被ばく線量は 4.8mSv(ミリシーベルト)と胃透視(バリウム検査)とほぼ同程度であり、急性放射線障害は発生しないのでご安心ください。
- ・閉所恐怖症の方はあらかじめご申告ください。
- ・アルコール過敏症の方はあらかじめご申告ください。

副作用

以下の副作用(薬剤添付文書より)が報告されています。当日異変を感じた場合はスタッフへお声がけください。

- ・胸部不快感, 悪心, 血圧上昇 1～5%未満
- ・頭痛, 浮動性めまい 0.5～1%未満
- ・アナフィラキシー症状 0.2%

保険適用

保険適用となる要項が定められており、それに該当しない場合は保険適応外となります。

(主治医の先生とよくご相談ください。)

※重要事項

検査当日は、必ず健康保険証(又はマイナンバーカード)をお持ちください。忘れられた場合は自己負担となり約 24 万円の費用をご負担いただきます。また、検査当日のキャンセルはできません。

本検査薬は薬剤料のみで約 20 万円と高価であり、検査当日(検査中を含む)キャンセルの場合、薬剤料は患者様にご負担していただきます。検査日の変更・キャンセルは検査前日の 16 時までに必ず当院へご連絡下さい。

以上の通り説明を行い同意を得ました。

主治医(またはかかりつけ医師) _____ 印

PET 検査について説明を受け、目的・内容につき理解し検査を受けることに同意いたします。

年 月 日

氏 名 _____ 印

* 本人が未成年者、意識障害等で署名できない場合は、親権者または扶養義務者が署名を行ってください。