甲南医療センター 【FAX 078-854-4158】

アミロイドPET-CT依頼書（診療情報提供書）

紹介元 医療機関		担当医師	科　　医師
所在地		連絡先	TEL:(　　)　　ー FAX:(　　)　　ー

当院受診歴	□ 初診　　□ 再診	当院 ID	
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		□ 男 □ 女	西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　月　日
住所	〒　　ー		
連絡先 （連絡可能な番号）	優先順位①　自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 (　　)　　ー	優先順位②　自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 (　　)　　ー	
PET検査歴	□ 無　　□ 有　　（前回 :　　年　　月）		

検査依頼情報

希望日時	①　　年　　月　　日　　曜日 ②　　年　　月　　日　　曜日	来院していただく時間は【14:00】のみになります。 （注射時間14:30 撮影時間16:00 から20分間撮影）
紹介目的	□ 保険診療　　□ 自由診療	
保険適用条件	※以下のすべてに該当していること （☑必須） □ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設であること □ アルツハイマー病による軽度認知障害（MCI）又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する目的であること □ 脳脊髄液（CSF）検査を行っていないこと	
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定	
臨床経過 既往歴 MMSEスコア CDR全般スコア 等		

患者情報

身体情報	身長　　cm　体重　　kg	感染症	□ 無　　□ 有（　　）
移動方法	□ 独歩　　□ 車椅子　　□ ストレッチャー　　□ その他（　　）		
排尿	□ 自立　　□ 導尿　　□ オムツ　　□ その他（　　）		
アルコール 過敏症	□ 無　　□ 有	30分程の静止 （仰向け）	□ 可　　□ 不可
閉所恐怖症	□ 無　　□ 有	妊娠	□ 無　　□ 有

甲南医療センター　〒658-0064 神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16
患者サポートセンター　FAX 078-854-4158

（紹介用）

患者ID		性別/年齢	/
氏名		診療科/病棟	/
生年月日		紹介元施設	

アミロイドPET 検査予約票

来院日時 ：	年	月	日（ ）	14時00分
注射時間 ：	年	月	日（ ）	14時30分
撮影時間 ：	年	月	日（ ）	16時00分

≪PET-CT検査に関する注意事項です。必ずお読みください。≫

１．来院時間
検査当日は**来院時間まで**に初診受付にて手続きを行ってください。
この予約票と初診受付より渡されるファイルをもって、受付16番 PETセンター（核医学検査）へお越しください
※予約時間に遅れますと**大幅に検査開始時間を変更**させていただく場合や、
検査を受けられない場合があります。

２．食事について
検査前の絶食及び水分制限は必要ありません。

３．服薬について
普段服用されているお薬は、通常通り服用してください。

４．その他注意事項
（１）妊娠中の方は検査できません。
（２）授乳中の方は薬剤注射後24時間、授乳を避けてください。
（３）PET検査薬注射後12時間は乳幼児や妊産婦との長時間の接触はできるだけお控えください。

５．検査のキャンセルについて
キャンセルされる場合は必ず**前日夕方16時まで**にPETセンターへご連絡ください。
※連絡なくキャンセルされた場合や、予約時間に遅れて検査が出来なかった場合、
検査に使用する薬剤の**費用を請求する**場合があります。

◎検査前日に来院時刻などのご確認の電話をさせていただきますがご了承ください。
（検査日が休み明けの場合は休日前になります）
◎予約の変更やキャンセル、当日都合で来院できなくなった場合は、
PETセンターまでご連絡の上ご相談下さい。

公益財団法人
甲南会
甲南医療センター
代表（TEL） 078-851-2161
〒658-0064　神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

（病院控え）

検査・処置に関する説明と同意書

ＩＤ ＿＿＿＿ 患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿ 生年月日 ＿＿＿＿ ＿＿才

説明年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿
説明場所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ 説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
病院同席者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ （職種 ）

病名 1 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 2 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 3 ＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明内容

アミロイド-PET検査を受けられる患者様へ

１．PET検査について

PET検査とは陽電子放出断層撮影のことです。PET検査では、放射性医薬品を静脈注射した後に撮影を行います。投与された放射性医薬品は、体の中で様々な部位に分布し、分布の仕方をPET装置で撮影して画像化します。

２．アミロイドPET検査について

アミロイドPET検査は、アルツハイマー型認知症かどうかの診断に有用な検査で、アルツハイマー型認知症の治療を目的とした方に行います。

脳内にアミロイドβたんぱく質が蓄積することがアルツハイマー型認知症の発症につながるとされており、この検査で脳内のアミロイドβたんぱく質の蓄積の程度を確認します。

３．アミロイドPET検査の限界について

アミロイドPET検査は脳内のアミロイドβたんぱく質の蓄積の程度を高い精度で診断することができますが、アルツハイマー型認知症の確定につながるものではありません。他の神経疾患や正常認知機能を有する高齢者においても、同程度の蓄積を呈することがあります。このため、他の検査結果や臨床経過を総合して判定する必要があります。

４．アミロイドPET検査の安全性について

アミロイドPET検査に用いる放射性医薬品による副作用は極めてまれですが、少量のエタノールが含まれていますので、アルコールに対して強い反応がある方はお申し出ください。

放射性医薬品による被ばく線量は、胃透視検査と同程度といわれています。PET-CT検査では、これにCT撮影による被ばくも加わりますが、これらの線量では放射線障害が起こることはありません。

５．検査のキャンセルについて

アミロイドPET検査薬は有効期限が非常に短く、高額な薬です。前日に注文し、検査当日に納入されますので、検査をキャンセルされる場合はできるだけ早くご連絡ください。

連絡なく来院されなかった場合は、アミロイドPET検査薬の実費を徴収させていただく場合がありますので、ご了承ください。

＿＿＿＿＿＿ 年 月 日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ 同 席 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
※署名があれば捺印は不要です。 続 柄（ ）

代諾者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞
続 柄（ ）
※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

甲南医療センター

（患者様控え）

検査・処置に関する説明と同意書

ＩＤ＿＿＿＿＿＿　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿　生年月日＿＿＿＿＿＿　＿＿才

説明年月日＿＿＿＿＿＿＿＿
説明場所＿＿＿＿＿＿＿＿
説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
病院同席者＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（職種　　）

病名　1＿＿＿＿＿＿＿＿　2＿＿＿＿＿＿＿＿　3＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明内容

アミロイド-PET検査を受けられる患者様へ

１．PET検査について

PET検査とは陽電子放出断層撮影のことです。PET検査では、放射性医薬品を静脈注射した後に撮影を行います。投与された放射性医薬品は、体の中で様々な部位に分布し、分布の仕方をPET装置で撮影して画像化します。

２．アミロイドPET検査について

アミロイドPET検査は、アルツハイマー型認知症かどうかの診断に有用な検査で、アルツハイマー型認知症の治療を目的とした方に行います。

脳内にアミロイドβたんぱく質が蓄積することがアルツハイマー型認知症の発症につながるとされており、この検査で脳内のアミロイドβたんぱく質の蓄積の程度を確認します。

３．アミロイドPET検査の限界について

アミロイドPET検査は脳内のアミロイドβたんぱく質の蓄積の程度を高い精度で診断することができますが、アルツハイマー型認知症の確定につながるものではありません。他の神経疾患や正常認知機能を有する高齢者においても、同程度の蓄積を呈することがあります。このため、他の検査結果や臨床経過を総合して判定する必要があります。

４．アミロイドPET検査の安全性について

アミロイドPET検査に用いる放射性医薬品による副作用は極めてまれですが、少量のエタノールが含まれていますので、アルコールに対して強い反応がある方はお申し出ください。

放射性医薬品による被ばく線量は、胃透視検査と同程度といわれています。PET-CT検査では、これにCT撮影による被ばくも加わりますが、これらの線量では放射線障害が起こることはありません。

５．検査のキャンセルについて

アミロイドPET検査薬は有効期限が非常に短く、高額な薬です。前日に注文し、検査当日に納入されますので、検査をキャンセルされる場合はできるだけ早くご連絡ください。

連絡なく来院されなかった場合は、アミロイドPET検査薬の実費を徴収させていただく場合がありますので、ご了承ください。

＿＿＿＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）
また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　同席者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
※署名があれば捺印は不要です。　　続柄（　　）
代諾者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
続柄（　　）
※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

甲南医療センター

アミロイドPET検査問診票

患者ID		氏名		生年月日		性別/年齢	/
検査日時				診療科			

PET-CT検査を安全に受けていただくために以下の質問にお答えください。

問　診　項　目

1．現在の身長と体重を記入して下さい。

身長 _____cm　　体重 _____kg

2．今までにPET検査を受けたことがありますか？

□　いいえ　　□　はい　（いつ頃：　　年　　月）

（どこで：　□　当院　　□　他院　）

3．狭いところが苦手（閉所恐怖症）ですか？

□　いいえ　　□　はい

4．約30分間の撮影時間中、安静に仰向けで寝ていることができますか？

□　いいえ　　□　はい

5．アルコール過敏症と言われたことがありますか？

□　いいえ　　□　はい

※検査で使用する医薬品はアルコールを含んでいます。

6．女性の方にお伺いします。
現在、授乳中、妊娠している、またはその可能性がありますか？

□　いいえ　　□　はい　　（　□　授乳中　　□　妊娠中　　□　妊娠の可能性あり　）

この問診票に記載されている事項は、検査の情報として使うものであり、それ以外には使用いたしません。

アミロイドPET/CT検査　持参物

・マイナ保険証または、資格確認書
・検査同意書、問診票
・主治医からの紹介状やCD（他院からの紹介の方）
・検査費用（3割負担の方で約8万円）

◎お持ちの方
・甲南医療センター診察券
・お薬手帳
・ペースメーカー手帳

◎必要な方は
・ストマ用パウチの予備
・おむつ
・痛み止め薬
・咳止め薬
・ウィッグの代わりの金属類の無い帽子