

診療情報提供書 (アミロイド PET-CT 検査依頼書)



放射線科 担当医 宛

《ご予約・お問合せ》

TEL: 03-5343-5765

FAX: 03-5343-5761

検査日時: 年 月 日 () 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -

臨床診断	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症
検査目的	アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ又はドナ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
確認事項 <small>※全ての条件を満たしている必要があります</small>	<input type="checkbox"/> レカネマブ又はドナネマブ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 <input type="checkbox"/> MRI 検査を施行し、レカネマブ又はドナネマブ製剤の投与基準を満たしている <input type="checkbox"/> 脳脊髄液 (CSF) 検査を行っていない
アミロイド PET-CT 実施回数	<input type="checkbox"/> 1 回目 (レカネマブ又はドナネマブ製剤初回投与前) <input type="checkbox"/> 2 回目 (レカネマブ又はドナネマブ製剤の投与後、初回投与から 18 か月を超えて再開する場合に限る) ※本検査が必要と判断した医学的根拠を記載してください <input type="checkbox"/> 2 回目 (ドナネマブ製剤投与開始 12 か月後の投与完了可否)
臨床経過	

アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 妊 娠 <input type="checkbox"/> 無 (注) 妊娠中は検査不可
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※要介助者の方は、付添が必要となります。

年 月 日

〈ご紹介医療機関名〉

〒
名 称
住 所
電話番号

診療科名 _____ 科
医師氏名 _____

アミロイドPET-CT 検査予約票

検査日時： 年 月 日 () 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)

◎検査予約時間の20分前に「1階 ③・④受付窓口」にお越しください。

【検査当日の持ち物】

- ① PET-CT 検査予約票 (本紙)
- ② アミロイドPET-CT 検査説明書・同意書
- ③ マイナ保険証 ※各種受給者証等をお持ちの方はご持参ください。
- ④ 当院診察券 (お持ちの方のみ)

【アミロイドPET-CT 検査の注意事項】

1. 検査前の飲食について
 - ・特に制限はありません。
2. 服薬について
 - ・普段通りに服用してください。
3. 検査後について
 - ・当日は、乳幼児や妊婦との接触はできるだけ避けてください。
 - ・検査当日の授乳はお控えください。
4. 予約の変更・キャンセルについて
 - ・遅くとも、検査前日の16時までにご連絡ください。
 - ただし、検査が月曜日の場合は、前週の金曜日の16時までをお願いします。
 - ※無断キャンセル等については、薬剤費をご負担いただく場合があります。



【予約変更・キャンセル等の連絡先】

医療連携室

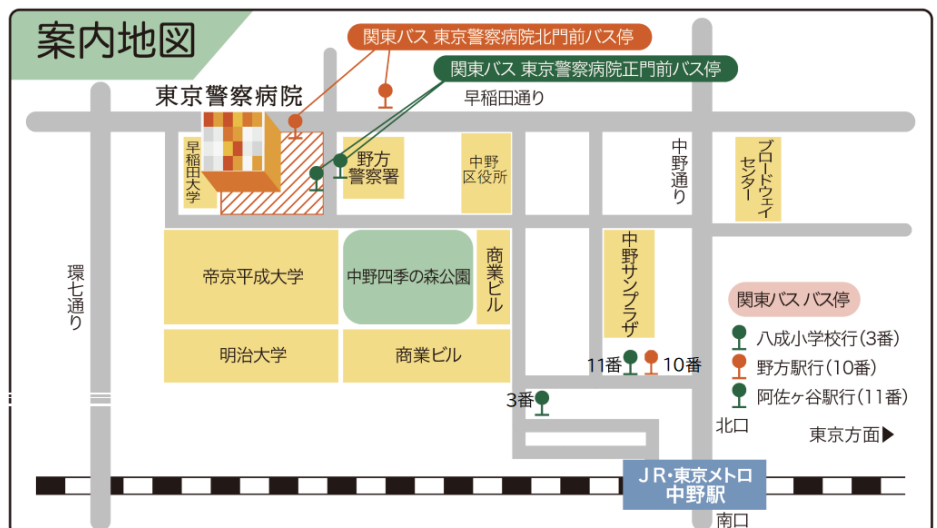
TEL 03-5343-5765

受付時間 8:15~18:00(日祝除く)

【ホームページ】

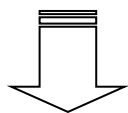


【アクセス】



PET-CT 検査当日の流れ

受付 1階 ③・④受付窓口



① 検査受付・地下1階

↓
「アイソトープ検査室」にお越し下さい。

② 注 射

↓
検査薬を静脈注射します。



③ 安静（約90分）

↓
※トイレには何度でも行けます。

④ 排 尿

↓
検査の直前に排尿して頂きます。
※男性の方も便座に座って排尿して下さい。
(薬剤の飛散防止のため)



⑤ 撮 影

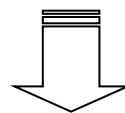
↓
約20分です。



↓
⑥ 検査後、休憩（30分）

↓
⑦ お会計

↓
1階・①計算窓口にてファイルをお出し頂き、
自動精算機にてお支払い下さい。



ご 帰 宅