

FAX番号 0120-631-715

記入日 : 令和 年 月 日

アミロイド PET-CT検査専用依頼書 No.1(3枚あります)

※予約締切は検査予定日1週間前(祝日などの休診日を除く)となります

検査第1希望日 令和 年 月 日 () 頃

検査第2希望日 令和 年 月 日 () 頃

その他 希望()

※予約枠については、別紙の紹介アミロイドPET-CT検査注意事項(依頼医用)をご参照ください。
予約状況により、必ずしもご希望に添えない場合があります。

◆紹介元医療機関

所在地 名 称	〒		
電話番号		FAX番号	
診療科	科	主治医名	

◆ご紹介患者様 中央病院患者ID - -

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
現住所	〒 TEL		
検査前、当院検査室から患者様に確認の電話連絡をする場合があります。連絡のとれる電話番号を記入してください。			

入院の有無 ☐ 無 ☐ 有 DPC対象病院入院中の場合、検査費用について事前に病院会計担当者間での協議が必要となります。

☒ 徳島県カルテ情報地域共有システムの参加	☐ 患者様の同意有	貴院の患者番号														
---	----------------------------------	---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

◆保険情報 ☆保険証の記号・番号は、保険証のコピーでも結構です。

公費負担者番号		負担割合	保険者番号	
公費負担医療の 受給者番号		割	被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	
公費負担者番号		資格取得	年 月 日 有効期限	年 月 日
公費負担医療の 受給者番号		被 保 険 者 と の 続 柄 (本 人 ・ 家 族) 継 続 の (有 ・ 無)		
		被保険者名 被保険者からの患者の続柄		

☆FAXは、月～金 午前9時00分～午後4時00分 (祝日・12月29日～1月3日の間を除く)までに送信してください。

診療情報提供書(アミロイドPET-CT検査専用) No.2

紹介元医療機関の
所在地及び名称

診療科及び主治医名

印

患者氏名			生年 月日	大・昭・平・令		年	月	日
病名								
検査目的	☐ アミロイドイメージングによるアミロイドβ集積の判定 *flutemetamol(ビザミル®)を用いた検査となります。							
症状、経過等を詳細にご記入下さい。								
* 画像検査(MRI等)のデータを持参してください。								
手術歴	☐ 無 ☐ 有 年 月 日 術式 ☐ 無 ☐ 有 年 月 日 術式							
保険適応 確認事項	注意:下記の事項をご確認ください。チェックがない場合は保険適応外となる場合があります。							
	☐ レカネマブもしく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からの依頼である ☐ 初回導入施設 ☐ 継続投与施設 いずれかにチェックをしてください							
	☐ ※1 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、レカネマブもしくはドナネマブ製剤の投与の要否を判断する目的である							
	☐ ※2 治療薬(ドナネマブ製剤)の治療効果判定を評価する目的である(投与開始後12ヶ月を目安) ※1または※2にチェックをしてください							
	☐ MMSEスコア22点以上 ()点 CDRスコア0.5もしくは1() レカネマブ:22~30点、ドナネマブ:20~28点							
	☐ 頭部MRIでレカネマブまたはドナネマブの禁忌に該当していない 検査日(年 月 日)							
	☐ アミロイドβ42/40比(髄液)における保険算定を行っていない							
	☐ アミロイドPET検査を受けたことがない ※初回投与より18ヶ月を超え再投与の場合を除く							
確認事項	自立歩行	☐ 可 ☐ 不可	(車椅子・歩行器・杖) * ストレッチャーの方は検査できません。					
	90分の個室待機	☐ 可 ☐ 不可	* 90分の個室待機不可の方は検査できません。					
	介助者の同行承諾	☐ あり ☐ なし	被ばくリスク説明後に同意を得てください。 * 介助者(家族が望ましい、ただし妊婦や未成年は不可)が不在の場合は検査できません。					
	アルコール過敏症	☐ 無 ☐ 有	* 有の場合、検査の可否を検討ください(薬剤に微量のアルコールを含むため)。					
	約30分の安静	☐ 可 ☐ 不可	* 仰臥位での安静が不可の場合は検査できません。					
	閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	* 鎮静剤は使用できません。					
	持続血糖測定器	☐ 無 ☐ 有	* 検査時に外していただきます(Dexcom G7など)。					
	透析	☐ 無 ☐ 有	* 透析日以外でご依頼ください。					
	体重	kg						
	感染症	☐ 無 ☐ 有	()	妊 娠	☐ 無 ☐ 有 ☐ 授乳中			
	ペースメーカー・ICD	☐ 無 ☐ 有	(ペースメーカー・ICD)	* 手帳のコピーをFAXしてください(検査日は手帳持参)。				
	【以下使用しているものにチェック】					【その他留意点】		
	☐ 酸素() ☐ インスリンポンプ ☐ おむつ・尿取りパッド ☐ 自己導尿 ☐ 腎臓							

地域連携 アミロイド PET-CT検査説明書 兼 検査同意書 No.3

アミロイド PET-CT検査説明書

- ◆ アルツハイマー病の原因と考えられているアミロイドβ プラークが脳内にたまっているか調べるための検査です。アミロイドβ プラークと結合する性質をもつ放射性同位元素を含む放射性薬剤を体内に注入し薬剤の分布を観察することで、脳内のアミロイドβ プラークの分布を調べます。
- ◆ アミロイドPET-CT検査は、院外で製造された放射性薬剤(flutemetamol:ビザミル®)を静脈注射し、約90分安静にした後に頭部の撮像を行います。
- ◆ 検査は全体で約2時間半～3時間程度かかります。検査の間、家族の方などの介助者がいる状態で移動できる方を対象とします。検査の準備から終了まで介助者を要します(検査終了まで約3時間、ただし妊婦や未成年は不可)。介助者も検診で行うような胸部レントゲン写真数枚分程度の被ばくがありますが、健康への問題はありませぬ。介助者が不在の場合は検査できません。なお、ストレッチャーの方の検査はできません。
- ◆ 検査に用いられる放射性薬剤は、アナフィラキシーショック(0.2%)、紅潮・血圧上昇・悪心・胸部不快感(1-5%未満)、頭痛・浮動性めまい(0.5-1%)などが報告されています。また検査薬には少量のエタノールが含まれており、アルコールに対し強い反応のある方やアレルギーのある方は主治医にお申し出ください。
- ◆ flutemetamol(ビザミル®)は放射線を出しますが、その被ばくは胃透視1回程度であり、健康への問題はありませぬ。同時に撮像するCTによる被ばく量は、検査の内容に応じて必要最低限の量に最適化します。被ばく量は低くても、妊産婦の方の検査はご遠慮いただいております。
- ◆ アミロイドPET-CT検査は厳密な保険適応があります。2026年現在、1割負担で約2.5万円、2割負担で約5万円、3割負担で約7.5万円の自己負担となります。検診や自由診療については当院では行っておりませぬ。
- ◆ 検査の予約変更およびキャンセルは検査前日の15時まで(土日祝などの休診日を除く)にご連絡ください。なお天候などやむを得ない場合以外の自己都合による検査中止(当日の無断キャンセルや遅刻)、介助者が不在などで検査中止となった場合、薬剤費用(約20万円)を請求させていただきます。
- ◆ 徳島県立中央病院PET-CT検査部門では、ビデオカメラを用いて検査の進行状況把握や患者さんの案内を行っています。ビデオ映像を診療以外の目的に使用することはありません。
- ◆ 検査結果を医学学会や医学雑誌に発表させていただく場合があります。但し、氏名などのプライバシーに関する個人情報は一切発表しませぬ。
- ◆ 機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情等により放射性薬剤が届かない場合は、検査が行えない場合があります。ご了承ください。

アミロイド PET-CT検査同意書

私は、アミロイドPET-CT検査の有効性および限界、これに伴う危険性、検査前注意事項、料金などについて主治医(検査依頼医)より説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します。

また検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。

※上記検査の同意に関するお考えが変わったときは、いつでも取り消すことができます。

また自己都合など上記理由による検査中止の場合には薬剤費用(約20万円)を支払うことにも同意します。

年 月 日

患者本人 署名:

代理人 署名:(続柄)

説明医師(依頼医師)署名: