

アミロイドPET-CT専用 診療情報提供書

医療機関の方へ

(1セット4枚綴りになっています)

- ① PET-CT検査連絡票 (患者様用)
- ② 診療情報提供書 (PET-CT検査申込書) (メディカルプラザ薬師西の京宛)
- ③ 診療情報提供書 (PET-CT検査申込書) (貴院控)
- ④ PET (ポジトロンCT) 検査の説明及び同意書 (患者様用)

※ ①～③は、複写になっています

※ ①、④は、患者様にお渡しください

(④は事前にご記入の上、持参いただくことをお伝えください)

※ ②は、診療情報提供書 (紹介状) として患者様へお渡しください

※ ②または③を事前にメディカルプラザ薬師西の京へFAXお願いします

医療法人 康仁会 西の京病院
メディカルプラザ薬師西の京

予約受付：アクセスセンター

TEL 0742-35-1215

FAX 0742-35-1216

◆ アミロイドPET-CT 検査連絡票 ◆

患者様用

検査日	年 月 日 ()	来院時間	時 分
-----	-----------	------	-----

※ 時間厳守の程、お願い申し上げます。

●検査に関する注意事項

- ① 検査前の絶飲食や服薬の制限はありません。
- ② 検査前日の過度な運動は控えてください。
- ③ アルコールにアレルギーがある方は事前にお知らせください。
- ④ 妊娠中、妊娠の可能性のある方は基本的に検査はできません。
- ⑤ 授乳中の方は、検査後24時間以内の授乳は控えてください。
また、12時間程度は妊婦や乳幼児への接触を避けていただくことをおすすめします。
- ⑥ 介護が必要な方やお一人で待機できない方は、検査終了まで付き添いをお願いします。

●検査当日の持ち物

- ① 依頼医療機関より預かった書類（診療情報提供書・検査データなど）
- ② PET（ポジトロンCT）検査の説明及び同意書（本票の④）
- ③ 健康保険証（又はマイナンバーカード） ④ 当院の診察券（受診歴のある方のみ）

●所要時間

PET-CT検査の撮影時間は約20分ですが、受付から検査終了までは約3時間程度かかります。また、各検査の進行状況によりお待たせすることがございますが、予めご了承願います。

〔※検査機器の保守点検等には万全を期していますが、万一機器の故障等で撮影ができなくなる場合がございます。〕
その場合は、日時の変更をお願いすることがございますので、ご理解とご協力をお願い致します。〕

●PET-CT検査費用

保険診療3割負担で約45,000円、1割負担で約15,000円となります。

●検査の時間とキャンセルについて

検査時間に合わせて薬剤を準備するため、来院時間は必ずお守りください。また、都合により検査をキャンセルされる場合は、紹介元医療機関にご相談の上、必ず前日（土・日・祝を除く）の午前中までにご連絡ください。無断キャンセルや検査時間に遅れるなど薬剤が使用できなくなった場合は薬剤の費用のみが自己負担となります。

●その他

検査当日はメディカルプラザ薬師西の京（西の京病院の南隣）の1階受付にお越しください。

〈シャトルバス案内〉

〈アクセスマップ〉

【運行時間】

8:00~16:00（月~土）

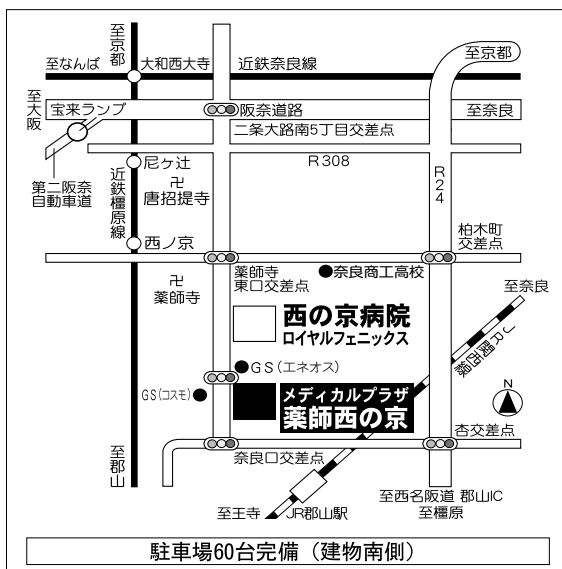


【のりば】

- ・近鉄 大和西大寺駅 南口広場（毎時00、20、40分発）
（中央改札口より南側ロータリーへ）
- ・奈良交通 近鉄西ノ京駅バス停（①番のり場）（毎時10分発）
（西口下車 西へ100m 奈良交通バス操車場内）
- ・近鉄 近鉄郡山 アスモ前（毎時40分発）
- ・JR 郡山駅 西口（毎時35分発）

【所要時間】

各のりばより約10~15分



駐車場60台完備（建物南側）

医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京 アクセスセンター	TEL	0742 - 35 - 1215
	FAX	0742 - 35 - 1216

お申込日 年 月 日

<紹介先医療機関> 医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京

検査日	年 月 日 ()	来院時間	時 分
次回診察予定日	月 日 AM・PM	〈紹介元医療機関〉	
(フリガナ)			
氏名 (イニシャル可)	(男・女)		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	診療科	科
連絡先	() -	紹介医師名	
診療区分	外来・入院 (病棟名)		

患者様情報の確認事項	
20分の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (検査不可) / (女性の方のみ) 妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査不可)	
アルコール過敏症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () / 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
特記事項	

臨床診断名	
〈検査目的・臨床経過等〉	

【保険適応条件】 3割負担 約45,000円 / 1割負担 約15,000円	チェック
①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	<input type="checkbox"/>
②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等に対し、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	<input type="checkbox"/>
③脳脊髄液 (CSF) 検査を行っていないこと	<input type="checkbox"/>
【私費適応条件】 10割負担 150,000円 (税込)	
①症状が典型的でなく、適切な治療のための確定診断をする必要性がある認知症が疑われる	<input type="checkbox"/>
※当院ではアミロイドPETガイドラインに準じ、検診目的でのご依頼はお受しておりません。	

※診断の参考にさせていただきますので、頭部MRI検査の画像の提供をお願いします。

患者様用

PET（ポジトロンCT）検査の説明及び同意書

① アミロイドPET / CT検査について

PET検査はF-18という放射性同位元素で標識されたアミロイドPET薬剤を静脈注射し、約90分の安静後、撮影（約20分）を行います。この薬剤は脳内アミロイド β に結合する性質があるため、脳内アミロイド β の沈着の程度を高い精度で診断することができます。この検査は、アルツハイマー型認知症の診断に有効な検査のひとつです。

② 検査の安全性及び副作用

検査に使用するアミロイドPETイメージング剤は薬剤製造承認を受けた製薬会社により製造・合成されたものを使用いたします。この検査で受ける放射線量はわずかで健康上特に問題となる量ではありませんが、妊娠の可能性のある方、授乳中の方は必ず事前にお申し出ください。

この薬剤による副作用はきわめて希です。薬剤に少量のエタノールが含まれているためアルコールに対し強い反応がある方、アレルギー反応がある方はお申し出ください。重篤な副作用としてアナフィラキシー等が報告されていますが、問診を十分にいき、投与後は十分に観察し、顔面紅潮、呼吸困難、胸部圧迫感などの症状が認められた場合には適切な処置を行います。

③ 緊急時の処置

検査中に万一緊急の処置を行う必要が生じた場合には、速やかに適切な処置を行います。

医療法人 康仁会 西の京病院 病院長 殿

（メディカルプラザ薬師西の京）

上記の内容を理解した上でPETによる検査を受けることに同意いたします。

本同意書については、本人の同意と日付を優先とします。

令和 年 月 日

氏名 _____ ⑩

（代理 _____ : 本人との関係、 _____）

プラザ診察担当医師 _____