

## 1 検査のご依頼にあたって (ご依頼元医療機関用)

### アミロイド PET/CT 検査のご依頼にあたって

#### ◆検査をご依頼いただく前に

\* 保険適用検査の場合、レカネマブ（遺伝子組換え）の最適使用推進ガイドラインを遵守していただき、

**① 貴施設がレカネマブ投与施設の要件を満たすこと**

**② 患者様がレカネマブ投与対象の要件を満たすこと**

を必ずご確認ください。

\* ご予約前に、亀田メディカルセンターの受診歴があるかどうかご確認ください。

#### ◆検査ご予約の流れ

\* 亀田クリニック PET-CT センター受付で、医療機関からの電話予約を承ります。(直通電話：04-7099-2310)

\* 電話予約時にお伝えする検査日時を、**2** 検査依頼書 と **3** 検査説明書：1/2 枚目 (患者様用) にご記入ください。

\* 検査説明書に沿って患者様に説明し、同意を得た上で、担当医師および患者様の署名をお願いいたします。

\* 診療情報提供書は、必要事項をご記載いただき、事前に当センターへ FAX し(直通 FAX：04-7099-1252)、  
コピーを貴院で保管の上、原本は検査当日に患者様がご持参ください。

#### ◆患者様へ必ずお伝えいただきたい事項

\* 検査当日は、**予約時間の 30 分前までに**、PET-CT センター受付へ、直接お越しくださるようにご案内をお願いいたします。

\* 検査当日は、亀田メディカルセンター診察券(お持ちの場合)、健康保険証、**2** 検査依頼書、**5** 問診票 (患者様用)、

**6** 同意書 (患者様用)、画像等の資料を患者様に持参させてください。

\* 食事・飲み物・お薬の制限はありません。

\* **検査のキャンセルは、検査日より 1 週間前の診療日まで可能**です。

それ以降の患者様の都合によるキャンセルの場合、予約時間に遅れて検査ができない場合は、薬剤の費用を請求させていただく場合がありますので、ご了承ください。(100,000 円/税込)

#### ◆検査結果のご報告について

\* 放射線診断専門医による画像診断のうえ、読影レポートと画像データを後日郵送致します。

#### ◆連絡先

\* 亀田クリニック PET-CT センター

受付時間：月曜～金曜(祝日を除く)、8:00～17:00

直通電話：04-7099-2310

直通 FAX：04-7099-1252

**2** 検査依頼書

医療法人鉄蕉会 亀田クリニック PET-CT センター宛

〒296-0041 千葉県鴨川市東町 1,344 FAX 04-7099-1252 TEL 04-7099-2310

※本書は、事前に当センターへ FAX し、コピーを貴院で保管の上、原本は検査当日に患者様をご持参ください。



**アミロイド PET/CT 検査依頼書 (兼 診療情報提供書)**

紹介元医療機関名：

診療科：

担当医師：

検査予約日時	年	月	日	時	分
フリガナ				生年月日	
患者様氏名	(男・女)			年	月 日
患者様連絡先	住所：				
	電話番号(できれば携帯電話)：				
病名	アルツハイマー病による軽度認知障害 または 認知症 疑い				
検査目的	脳内アミロイドβプラーク蓄積の評価				
	<input type="checkbox"/> 保険適用検査 レカネマブ投与の可否を判断する目的 <必須項目> <input type="checkbox"/> 投与施設はレカネマブ(遺伝子組換え)の最適使用推進ガイドラインに準拠している。 <input type="checkbox"/> 患者様等のレカネマブによる治療意思が確認され、同剤の禁忌に該当しない。 <input type="checkbox"/> 患者様は MMSE スコア 22 点以上 かつ CDR 全般スコア 0.5 又は 1 である。 <input type="checkbox"/> 患者様は過去に保険診療で、脳脊髄液によるアミロイドβ検査を行っていない。 <input type="checkbox"/> 患者様は過去に保険診療で、アミロイド PET 検査を行っていない。 <input type="checkbox"/> もしくは レカネマブ投与中止後 18 か月を超えて再開する際のアミロイド PET 検査である。				
	<input type="checkbox"/> 保険適用外検査 ( )				
確認事項	<input type="checkbox"/> 検査目的、検査の内容や合併症、検査費用、キャンセル料の支払いについて説明し、同意を得ている。				
臨床経過・撮像目的・既往歴などを、 <input type="checkbox"/> 以下に記載する。 <input type="checkbox"/> 別紙に診療情報提供書として添付する。 ※可能であれば、頭部 MRI の CD-R の添付をお願いいたします。					

<確認事項>

アルコール過敏	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
約 15 分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(検査できません)
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )

## 検査予約日時

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 様

検査予約日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

**※上記予約時間の 30 分前までに、亀田クリニック PET-CT センター受付へ、直接お越しください。**

## アミロイド PET/CT 検査の注意事項

### ◆検査前の注意事項

- \* 食事・飲み物・お薬の制限はありません。
- \* 妊娠中・授乳中の方、閉所恐怖症の方は担当医師と相談してください。  
授乳中の方は、注射後 24 時間は授乳を控えていただきます。
- \* 薬剤中に微量のアルコールを含みます(無水エタノール約 0.5ml)。  
アルコール過敏症の方は担当医師と相談してください。

### ◆検査当日に必要なもの

- \* 亀田メディカルセンター診察券（お持ちの場合）
- \* 健康保険証
- \* **2** 検査依頼書
- \* **5** 問診票（患者様用）
- \* **6** 同意書（患者様用）
- \* 担当医師より渡された資料

### ◆検査時の注意事項

- \* 職員の誘導に従うことが難しい場合は、ご家族の付き添いをお願いすることがあります。  
安全が確保できない場合は、検査を中止させていただくことがありますので、ご了承ください。
- \* 頭部の金属類は検査の妨げになりますので、検査前に外していただきます。(ヘアピン、ピアス・イヤリング、補聴器、ウィッグなど)

### ◆その他

- \* 円滑な検査のため万全を期しておりますが、薬剤の製造や配送、検査機器にトラブルが生じるなどの不測の事態では、やむを得ず検査を中止させていただく場合がありますのでご了承ください。
- \* 妊娠中の方、小さなお子さま連れでのご来院は、できるだけご遠慮ください。

## アミロイド PET/CT 検査の概要

### ◆アミロイド PET/CT 検査とは

- \* アルツハイマー型認知症の診断に有用な検査のひとつです。
- \* 放射性医薬品(フルルベタピル[18F]注射液)を静脈注射し、PET-CT を撮像します。
- \* アルツハイマー型認知症の原因とされるアミロイドベータプラークの脳内蓄積の程度を確認する検査です。

### ◆副作用について

- \* 生命に関わる重大な副作用の報告はありません。
- \* 稀ですが、以下の副作用の可能性があります。(国内臨床試験、アミロイド静注®添付文書より)
  - ・2.1%：倦怠感
  - ・0.1～1%未満：注射部位反応(刺激)、そう痒症、高血圧、悪心、便秘、血尿、倦怠感、頭痛、味覚異常、潮紅、悪寒、冷感、四肢痛、頸部痛、嗅覚錯誤、不眠症
  - ・頻度不明：注射部位発疹、注射部位反応(出血、疼痛)、蕁麻疹

### ◆検査の被ばくについて

- \* 放射線被ばく量は、約 5.5mSv(ミリシーベルト)です。身体への影響はごく小さく、検査の有益性が上回ると考えられます。

## アミロイド PET/CT 検査の流れ

### ◆全体で約 3 時間の予定ですが、前後する場合がありますので、ご了承ください。

- ①受付：PET-CT センター1 階にお越しください。
- ②準備：問診票の確認、身長・体重測定を行います。
- ③注射：処置室で看護師が薬剤を静脈内に投与します。
- ④安静：約 30 分間、安静にして脳内に薬剤が行き渡るのを待ちます。
- ⑤撮影：約 10 分間、撮影台に横になります。撮影中はなるべく動かないでください。
- ⑥休養：投与から 2 時間が経過するまで、回復室で休養します。(FDG-PET 検査における安全確保に関するガイドライン【2005 年】)

## アミロイド PET/CT の検査費用

保険適用検査の自己負担額	
3 割負担の方	64,000 円～70,000 円
2 割負担の方	43,000 円～47,000 円
1 割負担の方	22,000 円～24,000 円

保険適用外検査	
全額自己負担	180,000 円(税込)

## 予約の変更・キャンセルについて

- \* 予約の変更・キャンセルをご希望の場合は、亀田クリニック PET-CT センター 04-7099-2310 へ電話をお願いいたします。受付時間は、月曜～金曜(祝日を除く)、8:00～17:00 です。
- \* 予約時間に合わせて製造された検査薬剤を購入し、使用します。予約時間を過ぎると薬剤の成分が変化し、使用できません。
- \* **検査のキャンセルは、検査日より 1 週間前の診療日まで可能**です。  
それ以降の患者様の都合によるキャンセルの場合、予約時間に遅れて検査ができない場合は、薬剤の費用を請求させていただく場合がありますので、ご了承ください。(100,000 円/税込)



## アミロイド PET/CT 検査同意書

1. 検査の目的について
2. 副作用について
3. 注意事項について
4. 直前のキャンセル等の場合の費用請求について

(期日を過ぎたキャンセルの場合、予約時間に遅れて来院され検査ができない場合など)

私は、担当医師 \_\_\_\_\_ (自署) から上記説明を受け、

検査説明書を読んだ上で、診断のために必要であると理解し、アミロイド PET/CT 検査を受けることに同意します。

亀田クリニック院長 宛

20 年 月 日 時 分

患者様ご本人署名 \_\_\_\_\_

(ご本人が署名できない場合や未成年の場合には、ご親族などの代理人が署名してください。)

代理人署名 \_\_\_\_\_

患者様との続柄( )

※ 検査同意書に署名した後でも、同意を撤回することができますので、事前にご連絡をお願いいたします。

※ 検査当日は本書をご持参ください。

## 7 施設案内 (患者様用)

### PET-CT センター施設案内

駐車場は PET-CT センター前に 5 台分ございます。

PET-CT センター受付にてお渡しする「駐車許可証」をダッシュボードに掲示してください(当日のみ有効)。

満車の場合は立体駐車場に駐車していただきますので、ご了承ください。

#### ◆施設案内図

