

# 脳アミロイドPET/CT検査 診療情報提供書(画像診断依頼書)

## ■依頼元情報

医療機関名	
診療科名	
依頼医師名	
連絡先TEL・FAX	

## ■患者(被検者)情報

患者(被検者)名	ふりがな ( )		
性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
連絡先TEL①	(□本人 □その他:氏名 )		
連絡先TEL②	(□本人 □その他:氏名 )		
感染症情報	なし・あり ( )		
薬剤選択	<input type="checkbox"/> ビザミル <input type="checkbox"/> アミヴィッド		

保険適用条件 すべて該当しているかチェック☑してください。

- レカネマブ(遺伝子組み換え)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。  
※準拠していない場合は保険適用外となることがあります。
- アルツハイマー病による軽度認知障害また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可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。
- 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。

上記の保険要件すべてに該当しない場合は自費診療で承ります。(以下適切な症例)

- 臨床症状が非定型的であり、適切な治療のために確定診断を要する認知症が疑われる症例
- 発症年齢が非定型的(65歳未満の発症)であるため、適切な治療のために確定診断を要する認知症が疑われる症例のうち、単純CTまたはMRIで血管性認知症の可能性を否定できる症例
- 軽度認知障害(MCI)または軽度認知症があり、背景としてアルツハイマー病が疑われるが、疾患修飾薬治療のために確定診断を要する症例

**※脳MRI検査歴があれば、最後に撮影された脳MRI画像(DISK)をお持ちください。  
読影の参考にさせていただきます。(脳MRI検査を行っていない場合は脳CT検査)**

診療用放射線の安全利用に関するガイドラインにおいては、以下について患者様へご説明ご理解を得ることが必要とされています。

- 脳アミロイドPET/CT検査1回当たりの被ばく線量は、PET検査約4.8mSv(ミリシーベルト)、CT検査約2.0mSvです。
- 放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行うことにより得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。
- 当院では医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分考慮したうえで、最適化を定期的に行っています。

持ち込み画像は、データ(DISK)のみお受けいたします。当院での検査結果を直接依頼元の医療機関へ提供することについて患者様の同意がある場合に限り、本診療情報提供書をご利用ください。

**※当日のキャンセルまたは変更はお受けできかねます。その場合は費用をご負担いただくことになりますのでご了承ください。**

複十字病院 地域医療連携室 TEL: 042-491-9128 FAX: 042-491-3553

# 脳アミロイドPET/CT検査 予約票

様

検査日:	月	日	曜日
( 午前 ・ 午後 )		時	分

## ◆制限など

- ・食事制限等はありません
- ・内服薬は普段通りに内服してください

## ◆受付の方法

- ・必ず検査の30分前までに、正面玄関左側「②新患受付」までお越しください
- ・この予約票と診療情報提供書・保険証・診察券(お持ちの方)を提出ください
- ・やむを得ず検査の予約をキャンセルされる場合は2日前までにご連絡ください  
検査時間に遅れる場合も早めに下記へご連絡ください

※当日のキャンセルまたは変更はお受けできかねます  
その場合は費用をご負担いただくこととなりますのでご了承ください

複十字病院 相談支援センター 地域医療連携室  
電話:042-491-9128(直通)