

脳アミロイドPET/CT 検査を受ける患者さまへ（保険診療用）

予約日時： 年 月 日（ 曜日）
午前 午後 時 分

医療法人 秀放会

仙台総合放射線クリニック

〒981-3121 宮城県仙台市泉区上谷刈字向原 21-4

TEL: 022-375-1231 FAX: 022-346-1805

ご不明な点がございましたらお問い合わせ下さい

お手数ですが確認のため下記の項目をご記入ください

ふりがな	性別
氏名	男 ・ 女
生年月日（年齢）	
年 月 日（ 歳）	
住所 〒	
TEL: ()	* 日中確実に連絡のとれる電話番号

検査当日にお持ちいただくもの

- 主治医からお預かりした紹介状（診療情報提供書）
- 健康保険証
- 各種公費医療受給者証（該当者）
- 主治医からお預かりしたフィルム・CD-ROM 等
- お薬手帳
- ペースメーカー手帳（該当者）
- 本書および検査の説明・同意書

1. 来院時刻と所要時間

予約時刻までに来院してください。

検査の所要時間はおよそ3時間です（薬剤静脈注射後 90 分間安静待機、20 分間の撮影、20 分程度休憩）。

2. 検査の目的

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、レカネマブ製剤投与の適応を判断するに当たり、アミロイドβ 病理を示唆する所見を確認のための検査です。

3. 検査にあたっての注意点など

- 検査前日までに注意点などの確認のお電話をいたします。
- 検査前の**絶飲食は必要ありません**。
- 現在服用されているお薬は、普段通りに服用してください。
- 薬剤は少量のアルコールを含んでいます。**重度のアルコール過敏症の場合は検査できません**。アルコール過敏症のある方は、検査の1 営業日前までに当院にご連絡ください。
- 薬剤は放射線を放出するため、**妊娠中あるいはその可能性のある女性や授乳中の女性では本検査を受けられません**。
- 検査当日は、体から放射線が放出されるため、妊婦や乳幼児との接触はできるだけ避けてください。
- 当院では患者様への結果説明はいたしません。主治医の先生に結果をご報告いたしますので、主治医の先生から結果説明を受けてください。
- 体調不良などにより、**やむを得ずキャンセルする場合は**、検査の1 営業日前までに当院にご連絡ください。それ以降にキャンセルした場合には、薬剤代約 200,000 円をご負担いただく場合がございます。
- 交通事情などによる薬剤配達障害や装置の故障などにより、検査が遅延する場合や実施できない場合がありますので、ご了承ください。

▼ 当院までのご案内



- ・杉ノ田交差点を西に約700m川沿いに進み、信号を左折、橋を渡ってすぐ左手
- ・地下鉄・バス「八乙女駅」下車 徒歩 約10-15分（駐車場 約20台完備）

検査料金（保険種類などにより若干異なります）

- 3割負担 約 73,000 円
- 2割負担 約 18,000 円
- 1割負担 約 18,000 円

検査の説明・同意書（脳アミロイド PET/CT 検査）

1. アミロイド PET 薬剤（フルテメタモル）を静脈注射いたします。副作用の頻度は極めて少ないですが、血圧上昇・悪心・胸部不快感（5%未満）、頭痛・めまい（1%未満）の報告があります。また、重篤な副作用としてアナフィラキシー(0.2%)も報告されています。副作用が生じた場合は、速やかに対処いたします。
2. 薬剤は放射線を放出するため、放射線被曝のある検査になります（1回あたりの被ばく線量は約 6.8mSv）。放射線被曝の不利益に対し、本検査の情報が上回ると判断されるため検査が予定されています。
3. 検査当日は、体から放射線が放出されるため、妊婦や乳幼児との接触はできるだけ避けてください。
4. 体調などにより、やむを得ずキャンセルする場合は、検査の2営業日前までに当院にご連絡ください。それ以降にキャンセルした場合や当日無断でキャンセルした場合には、薬剤代 200,000 円（税込）をご負担いただく場合がございます。
5. 個人情報厳重に管理いたしますが、個人情報を秘匿した上で診療データを臨床研究のため使用させていただく場合がありますのでご理解・ご了承ください。
6. 交通事情などによる薬剤配達障害や装置の故障などにより、検査が遅延する場合や実施できない場合がありますので、ご了承ください。
7. 下記に該当する方は本検査を受けられません（1営業日前までに連絡してください）。
 - ① 本検査を同意しない場合
 - ② 重度のアルコール過敏症の方（軽度の方も念の為ご連絡ください）
 - ③ 妊娠中あるいはその可能性のある方
 - ④ 授乳中の方

問診票

安全に検査を行うため、以下の項目について、該当するものに✓印をつけてください

- ◆ 喘息：なし あり →(治療中ですか いいえ はい)
- ◆ 食物・薬のアレルギー なし あり →(詳しく：)
- ◆ 心臓ペースメーカー なし あり

同意書

上記の説明を読み内容を理解した上で、脳アミロイド PET /CT 検査を受けることに同意いたします。

署名欄

患者さま署名： _____ 年 月 日

担当医師署名： _____