

電話にて申込みのうえ、この用紙を FAX してください。 ※原本は貴院にて保管願います。

## 診療情報提供書 (アミロイド PET-CT 検査依頼書)



東京警察病院  
Tokyo Metropolitan  
Police Hospital

放射線科 担当医 宛

《ご予約・お問合せ》

TEL: 03-5343-5765

FAX: 03-5343-5761

検査日時: 年 月 日 ( ) 時 分

|      |          |  |            |
|------|----------|--|------------|
| フリガナ |          | 性別   | 生年月日       |
| 患者氏名 | 様        | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 ( 歳) |
| 電話番号 | (自宅) - - | (携帯)   | - -        |

|   |  |
|---|--|
| 臨床診断  | <input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症  |
| 検査目的  | 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、レカネマブ又はドナ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   |
| 確認事項<br><small>※全ての条件を満たしている必要があります</small> | <input type="checkbox"/> レカネマブ又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である<br><input type="checkbox"/> MRI 検査を施行し、レカネマブ又はドナネマブ製剤の投与基準を満たしている<br>MMSE スコア【 】点 ・ CDR 全般スコア【 】<br><input type="checkbox"/> 脳脊髄液 (CSF) 検査を行っていない     |
| アミロイド PET-CT 実施回数                           | <input type="checkbox"/> 1回目 (レカネマブ又はドナネマブ製剤初回投与前)<br><input type="checkbox"/> 2回目 (レカネマブ又はドナネマブ製剤の投与後、初回投与から 18 か月を超えて再開する場合に限る) ※本検査が必要と判断した医学的根拠を記載してください<br><input type="checkbox"/> 2回目 (ドナネマブ製剤投与開始 12 か月後の投与完了可否) |
| 臨床経過  |  |

|          |   |     |   |
|----------|---|-----|---|
| アルコール過敏症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                         |     |   |
| 閉所恐怖症    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                         | 妊 娠 | <input type="checkbox"/> 無 (注) 妊娠中は検査不可 |
| 移動手段     | <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※要介助者の方は、付添が必要となります。 |     |   |

年 月 日

〈ご紹介医療機関名〉

〒  
名 称  
住 所  
電話番号

診療科名 \_\_\_\_\_ 科  
医師氏名 \_\_\_\_\_

## アミロイドPET-CT 検査予約票

検査日時： 年 月 日 ( ) 時 分

|      |   |  |            |
|------|---|--|------------|
| フリガナ |   | 性別   | 生年月日       |
| 患者氏名 | 様 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 ( 歳) |

◎検査予約時間の20分前に「1階 ③・④受付窓口」にお越しください。

## 【検査当日の持ち物】

- ① PET-CT 検査予約票 (本紙)
- ② アミロイドPET-CT 検査説明書・同意書
- ③ マイナ保険証 ※各種受給者証等をお持ちの方はご持参ください。
- ④ 当院診察券 (お持ちの方のみ)

## 【アミロイドPET-CT 検査の注意事項】

1. 検査前の飲食について
  - ・特に制限はありません。
2. 服薬について
  - ・普段通りに服用してください。
3. 検査後について
  - ・当日は、乳幼児や妊婦との接触はできるだけ避けてください。
  - ・検査当日の授乳はお控えください。
4. 予約の変更・キャンセルについて
  - ・遅くとも、検査前日の16時までにご連絡ください。
  - ただし、検査が月曜日の場合は、前週の金曜日の16時までをお願いします。
  - ※無断キャンセル等については、薬剤費をご負担いただく場合があります。



【予約変更・キャンセル等の連絡先】

医療連携室

TEL 03-5343-5765

受付時間 8:15~18:00(日祝除く)

【ホームページ】



【アクセス】



## アミロイド PET-CT 検査説明書・同意書

### 1. アミロイド PET-CT 検査について

・この検査は、アルツハイマー病による軽度認知障害または認知症が疑われる患者様に対して、抗アミロイドベータ抗体薬の投与の要否を判断する目的で脳内のアミロイドベータプラークを可視化する、または抗アミロイドベータ抗体薬の投与後の脳内アミロイドベータプラークを可視化する目的で行われる検査です。放射性同位元素( $^{18}\text{F}$ )を含む放射性医薬品「フルテメタモル(ビザミル®静注)」を静脈内に注射し、撮影を行います。

### 2. 副作用について

- ・検査に使用する放射性医薬品(ビザミル®静注)の重大な副作用として、アナフィラキシーショックがあります(0.2%、1,000人に2人の頻度)。その他の副作用に潮紅・血圧上昇・悪心・胸部不快感(頻度1-5%未満)、頭痛・浮動性めまい(頻度0.5-1%未満)などが報告されています。副作用が発生した場合は迅速に最善と思われる処置を講じます。
- ・注射する放射性医薬品には少量のエタノールが含まれていますので、アルコールに対して強い反応がある方はお申し出ください。
- ・放射線薬剤により約8mSvの放射線被ばくがあります。検査全体での被ばくはこれにCTの被ばくが加わりますが、急性の放射線障害が起こることはありません。

### 3. 検査のキャンセル・変更など

- ・ご都合で来院できなくなった場合は、速やかにご連絡ください。遅くとも、検査前日 16:00 までにご連絡ください。また、検査が月曜日の場合は、前週の金曜日 16:00 までにお願いします。
- なお、無断キャンセルや検査予約時間までに来院されず検査を受けられない場合は、薬剤費をご負担いただく場合があります。

### 4. その他

- ・機械のトラブル等で検査開始時間が遅れる場合や、交通事情により薬剤が届かない場合には、検査が行えない場合もありますのでご了承ください。
- ・匿名化し個人が特定されないように十分配慮した上で、今回の検査結果を学術発表などに使用させていただくことがございます。

説明医師署名 \_\_\_\_\_

## 同意書

私は、上記検査について、検査の目的・必要性、危険性等について説明を受け、この検査を受けることに同意します。

署名年月日： 年 月 日

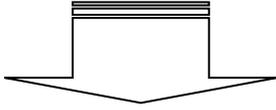
患者様署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_

(続柄: \_\_\_\_\_)

# PET-CT 検査当日の流れ

受付 1階 ③・④受付窓口



① 検査受付・地下1階

↓  
「アイソトープ検査室」にお越し下さい。

② 注 射

↓  
検査薬を静脈注射します。



③ 安静（約90分）

↓  
※トイレには何度でも行けます。

④ 排 尿

↓  
検査の直前に排尿して頂きます。  
※男性の方も便座に座って排尿して下さい。  
(薬剤の飛散防止のため)



⑤ 撮 影

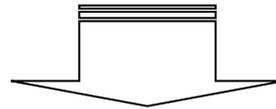
↓  
約20分です。



↓  
⑥ 検査後、休憩（30分）

↓  
⑦ お会計

1階・①計算窓口にてファイルをお出し頂き、  
自動精算機にてお支払い下さい。



ご 帰 宅