

アミロイドPET／CT検査申込書 兼 診療情報提供書  
FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL：0258-28-3600（代表）

受付時間：平日8：30～16：30（FAXは24時間受信可）

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。  
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元

令和 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

TEL

FAX

担当者

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴	
				男 ・ 女	有 ID番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無		
※外国人の場合 国 籍			母国語	使用言語		
住 所	〒			電話番号（日中の連絡先）		
				— —		
検査希望日	※ 木曜 14：00 または 14：10 のご案内となります。希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。 希望日 年 月 日（木） <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> その他（ ）					
紹介目的	・レカネマブ製剤またはドナネマブ製剤の投与可否を判断する目的 ・ドナネマブ製剤の投与終了または投与継続の可否を検討する目的					
ご予約の際、下記の事項を確認していただいたうえでお申し込みください。						
依頼医 チェック項目	保険適用条件に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関がレカネマブ製剤また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。 <input type="checkbox"/> 1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を実施している。 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たしている。 (a) 認知機能評価 MMSEスコア (レカネマブ製剤を投与する場合 22点以上、ドナネマブ製剤を投与する場合 20点以上、28点以下) (b) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア (0.5または1) <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。 ※ 上記に準拠していない場合は保険適用外となる場合がありますのでお受けできません。					
注意事項	検査をお受けできない条件に該当していないことを確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 ※すべての項目に <input checked="" type="checkbox"/> が入らない場合、検査はお受けできません。 <input type="checkbox"/> 入院中の方、ストレッチャー移送の方ではない。 <input type="checkbox"/> 検査時に鎮静が必要でない。 <input type="checkbox"/> 2時間程度待機室で静かに過ごせる。 <input type="checkbox"/> 撮影時は30分程度仰臥位でいられる。 <input type="checkbox"/> 重度の閉所恐怖症でない。 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が充分にとれる。 <input type="checkbox"/> 妊娠、妊娠している可能性がある婦人又は授乳婦でない。 <input type="checkbox"/> 検査前後の注意事項を理解し守れる。 <input type="checkbox"/> アルコールアレルギーでない。					
確認事項	●該当する項目がありましたら <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> その他（ ） ●下記項目に該当する場合は、検査開始から終了まで付き添いの方が必要となります。 付き添いの方の介助のみで移乗ができる場合に限り、検査可能です。(技師/看護師は介助できません) <input type="checkbox"/> オムツ・採尿バッグの交換/廃液がお一人でできない方 } → <input type="checkbox"/> 付き添いの方の同意あり <input type="checkbox"/> 視覚障害がある方 } 付き添い(介助)をする方 <input type="checkbox"/> 車いす移動の方 } ( )					

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。

2025/10

検査日時： 年 月 日( ) 時 分

氏名： 様 ID 番号：

## アミロイド PET/CT 検査同意書

### 1. 検査目的

- ・アルツハイマー病と関連のある「アミロイドβ プラーク」が脳内に蓄積しているかどうかを調べ、アルツハイマー病治療薬の使用を判断するための検査です。体内に注射された薬剤から放出される放射線を PET 装置で画像化し、脳内の薬剤分布の程度を調べます。

### 2. 検査にともなう注意事項

- ・検査の所要時間は、およそ2時間です。検査の詳細については「アミロイド PET/CT を受けられる方へ」をお読みください。
- ・検査に使用する薬剤は、検査当日に病院へ輸送されてきます。使用期限が極めて短いため、保存ができません。必ず予約時間までに来院していただきますようお願いします。  
キャンセルの場合は、前日の 15時までにご連絡ください。それ以降にキャンセルされますと、薬剤費用（約22万円）を負担していただきます。（災害時や公共交通機関の遅延によるものを除く）

### 3. 被ばくに関して

- ・この検査は、放射線を出す薬剤による被ばくと、CT 撮影による被ばくがありますが、健康上問題となる被ばく量ではありません。

### 4. 薬剤の副作用

- ・臨床試験において報告されている副作用は、潮紅(1～5%未満)、血圧上昇、悪心、頭痛、浮動性めまい、胸部不快感(0.5～1%未満)です。また、重大な副作用としてアナフィラキシー(0.1%)が報告されていますが、万一そのような事態が起こった場合、迅速かつ適切に対処いたします。
- ・この薬剤はアルコール成分を含んでいます。アルコールアレルギーの場合、検査ができません。

年 月 日

医師 署名

担当医師より上記の説明を受け、検査を受けることに同意します。また、検査中に緊急処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。

併せて、検査前日の 15 時以降にキャンセルした場合、薬剤費用（約 22 万円）を負担することに同意します。（災害時や公共交通機関の遅延によるものを除く）

年 月 日

本人署名：

または、代理人署名：（続柄）

※代理人欄は本人が署名できない場合にご記入ください。

電話番号

（当日に連絡が取れる番号をご記入ください。こちらから急ぎのご連絡がある場合にお電話させていただきます。）