

アミロイド PET/CT 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	<input type="checkbox"/> 保険適用	<input type="checkbox"/> 自費
	氏名	男・女				被保険者証	
	生年月日	M・T・S・H	年	月		日	才
医療機関情報	医療機関名					記号・番号	
	診療科					資格取得日	
	医師名					世帯主	
	TEL()	—	FAX()	—		保険者名	
予約日	第1希望	月	日	14時		身長	
	第2希望	月	日	14時		体重	
						cm	
					kg		
					高年齢受給者番証		
					公費負担番号		
					受給者番号		
					有効期間		
					負担割合		
					公費負担医療受給		
					公費負担番号		
					受給者番号		
					有効期間		

依頼医チェック項目（*必ずチェックをお願いします）

- レカ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
- 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可否を判断する目的である
- 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない
- ※ 上記条件を満たしていない場合は保険適応外となります
- 患者へ医療被ばくに関する正当性について説明し、同意を得ている

臨床診断	
検査目的	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、脳内アミロイド集積を確認し、レカネマブ製剤投与の可否を判断するため
臨床経過など 画像所見、病歴をご記入願います。 (臨床経過、血液データについては、貴院書式を添付いただいても結構です)	

検査前確認事項（該当する箇所には○印をして下さい）

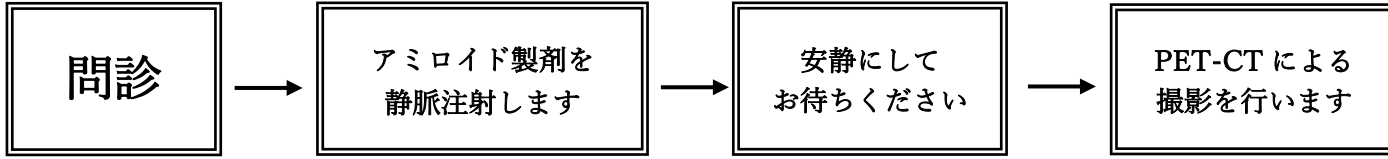
妊娠	無	有	
閉所恐怖症	無	有	
体内金属	無	有	
移動方法	歩行	車椅子	ストレッチャー
感染症	無	有()	
他に検査時に必要な処置・留意点など	(難聴・左右腕注射禁・告知の有無等)		
持参画像 CD	無	有	

患者様へお渡してください

アミロイド PET/CT 検査予約票

検査当日は予約時刻の 20 分前に①初診受付(紹介受付)を済ませ地下④番受付までお越しください

検査の流れ



予約検査日： 月 日 () 時間 :

患者様情報

氏名 様 性別
生年月日 (歳)

検査の注意事項 (予約変更 0852-24-2111 (代表) 放射線科外来/休日は放射線科へ連絡)

※正確な検査結果を得るために、下記の注意事項にご協力下さい。

◎検査前日・当日のお過ごし方、お食事について

- 検査前日および当日は激しい運動（長時間歩行）はしないようにして下さい。
- 検査前の食事の制限はありません。

◎内服について

- 内服中のお薬は医師の指示通りにお飲みください。

◎その他

- 予約時間の 20 分前 までにお越し下さい。
尚、来院出来ない場合や、検査に遅れる場合は松江赤十字病院放射線科 RI 検査室までご連絡下さい。
- 撮影は約 20 分程度で終了しますが、痛みなどで長く仰向けに寝ることが困難な方はご相談下さい。
車椅子、移動式ベッドが必要な方はお知らせ下さい。
- 一人で検査が受けられない方はお付き添いをお願いします。
- 検査は前後準備を含めると 約 2 時間半 かかります。当日の日程には、十分余裕をもってお越し下さい。
尚、機器トラブルなどで検査時間が遅れたり、検査が行えない場合もありますのでご了承下さい。
- 検査終了後約 12 時間は乳幼児・妊産婦との接触を出来るだけ控えて下さい。
- 検査終了後 24 時間は授乳されないようにして下さい。

◎費用について

- 保険診療で定められた検査費用は約 5 万円です。保険の自己負担の割合に応じ費用をご負担頂きます。
保険適応が厳しく限定されているため、検査の内容によっては保険適応外となり自費にて約 15 万円の金額をお支払い頂くことがありますのでご了承下さい。

◎キャンセル（取り消し）、変更について

- 検査スケジュールに合わせて検査薬を 1 週間前に注文しますのでキャンセルのないようお願い致します。
キャンセルや予約の変更が必要な場合には、必ず検査の前日夕方（15:00）までにご連絡下さい。
検査を中止した場合キャンセル料をいただく場合があります。

検査当日は同意書を必ずご持参下さい。

患者様へお渡しください

PET/CT 検査 説明書(放射線の影響について)

様の検査に際し ①内容 ②PET/CT 検査について放射線被ばくに関する当院の取り組み ③同意を撤回する場合 ④被ばくの記録とプライバシー保護 ⑤連絡先 について次のように説明いたしました。不明な点がございましたら主治医にご相談ください。

① 内容

様の病気を正しく評価するために放射線を用いた PET/CT 検査が必要です。

PET/CT 検査は、放射性同位元素（RI：ラジオアイソトープの略）の注射と CT 撮影をおこなうため、放射線被ばくを伴いますが、放射線被ばくによる健康への影響を考慮しても、PET/CT 検査によって病状を評価することは有益と考えられます。

② PET/CT 検査の放射線被ばくに関する危険性と当院の取り組み

- PET/CT 検査では、1回の被ばく線量が 100 ミリシーベルトを超えることはありません。
- 100 ミリシーベルト以上の被ばくでは、被ばく線量の増加とともに、発がんのリスクは上昇します。しかし、100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、明らかな発がんリスクの上昇は認められていません（確率的影響）。
- 100 ミリシーベルト未満の被ばくでは、脱毛や皮膚障害など人体への明らかな障害を認める事はありません（確定的影響）。
- お子様の場合は、小児核医学検査適正施行コンセンサスガイドラインに則り、年齢と体格を考慮して大人よりも少ない放射線の量で検査しています。
- 当院の PET/CT 検査での推定被ばく放射線量について（mSv：ミリシーベルト、被ばくを評価する値）

成人	撮影範囲	推定被ばく線量
	頭部	約 10 mSv

- 当院では、公的機関より提示されている指標（診断参考レベル DRLs）等を参考にして、可能な限り少ない放射線量で CT 検査をするように検討を行っています。

③ 同意を撤回する場合

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は主治医・担当医にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不利益をこうむることはありません。

④ 被ばくの記録とプライバシー保護

法令により、検査による被ばく線量の記録・保存をしますが、秘密は守られます。また、記録を検査の検討や医学研究、学会発表等に使用する場合がありますが、名前や個人を識別する情報が使用されることはありません。

⑤ 連絡先

本検査についてご不明な点がある場合には、説明した医師にご連絡ください。また、検査後に緊急の事態が発生した場合には、診療科に連絡してください。

以上のことを十分ご理解の上、検査を受けられることをおすすめします。

ご不明な点がございましたら主治医までご相談下さい。

患者様へお渡しください

アミロイド PET/CT 検査 同意書

検査日：令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意を得られる状態にない
 緊急のため同意書を得る時間的余裕がない 口頭もしくは電話で同意を得た
 家族と連絡がとれない その他 ()

年 月 日 時 分

担当医師 (自署)

確認者 (自署)

私は、アミロイド PET/CT 検査について主治医からアミロイド PET/CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

月 日 時 分 [説明場所: 外来、 病棟]

(主治医) 氏名

氏名

※自署または記名捺印

私は、アミロイド PET/CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

アミロイド PET/CT 検査を受けることについて (欄にチェックをして下さい)

同意します。

なお、このたびの検査実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。

同意しません。

年 月 日 時 分 [同意場所:]

松江赤十字病院

院長 あて

(患者本人) 氏名

(ご家族) 氏名 印 続柄 ()

*検査治療等に当たっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者いたします。)

アミロイド PET/CT 検査 同意書

検査日：令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意を得られる状態にない
 緊急のため同意書を得る時間的余裕がない 口頭もしくは電話で同意を得た
 家族と連絡がとれない その他 ()

年 月 日 時 分

担当医師 (自署)

確認者 (自署)

私は、アミロイド PET/CT 検査について主治医からアミロイド PET/CT 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

月 日 時 分 [説明場所： 外来、 病棟]

(主治医) 氏名

氏名

※自署または記名捺印

私は、アミロイド PET/CT 検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

アミロイド PET/CT 検査を受けることについて (□欄にチェックをして下さい)

同意します。

なお、このたびの検査実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。

同意しません。

年 月 日 時 分 [同意場所：]

松江赤十字病院

院長 あて

(患者本人) 氏名

(ご家族) 氏名 印 続柄 ()

*検査治療等に当たっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者いたします。)