

**FAX : 03-5632-3719**

※必ず「PET/CT検査申し込み票（診療情報提供書）」を添付してください。  
添付が無い場合は、予約ができません。

## FAX予約 PET/CT検査申し込み書

- |   |
|---|
| ◆受付時間 平日9:00~16:30、土曜9:00~11:30             |
| ◆休診日 日曜・祝日・第2土曜/年未年始(12/29~1/3)/創立記念日(5/15) |

予約する検査 ※いずれか1つにチェックしてください

- FDG PET/CT検査  
 アミロイドPET/CT検査

一番早い日程を予約させていただきます。

ご都合の悪い日時、曜日、時間帯などを記載してください

--

予約後、概ね20分以内にFAXにて返送します

### <予約通知票>

予約日時	:	年	月	日 ( )	時	分
予約診療科	:	予約医師 :				

# 頭部アミロイドPET検査 申込確認書

〈高齢者医療センター送付用〉

頭部アミロイドPET検査に際し、下記の事項についてご確認をお願い申し上げます。

[はい]「いいえ」のご記入をお願いいたします。

レカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインを準拠している施設である。

はい / いいえ

アミロイド PET 検査は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要否を判断する目的でアミロイド  $\beta$  病理性を示唆する所見の確認する目的である。

はい / いいえ

認知機能評価 MMSE スコアが 22 点以上、臨床認知症尺度 CDR 全般スコアが 0.5 または 1 である。

はい / いいえ

脳脊髄液検査を行っていない。

はい / いいえ

頭部 MRI でレカネマブの禁忌に該当していない。

はい / いいえ

レカネマブ製剤による治療意思が患者本人及び家族に確認されており、今回の頭部アミロイド PET 検査への同意が確認されている。

はい / いいえ

**1つでも「いいえ」がないことを確認しました。（「いいえ」があると検査を行なえません。）**

年 月 日 確認者名 : \_\_\_\_\_

この「申込確認書」と「PET/CT検査申込書(診療情報提供書)」の2点の送付をお願いいたします。

2024.2作成

A

# PET/CT検査申し込み票 (診療情報提供書)

検査予約日時: 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

フリガナ 患者氏名: 年齢: 歳 性別: 男・女 生年月日: T・S・H 年 月 日 住所: 電話: 身長: cm 体重: kg	医療施設名: 住所: 電話: 診療科: (内線 ) 担当医師名: 移動方法: 独歩・車いす 区分: <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 他院入院中
---	--

PET受診歴: 初回・当院にて 回 ・ 他院にて 回 ; 当院受診歴ある方はID

検査目的: 病期診断、再発診断、転移検索、頭部アミロイド

※検査目的の詳細 (FDGの場合) ・臨床的には高い蓋然性をもった悪性腫瘍  
病理診断を施行したが確定診断が得られなかった。  
医学的な理由(生検リスクが高い等)によって病理的診断が困難であった。

臨床診断:

経過、その他

・本検査が必要となった医学的根拠をご記載ください。

病理検査: 施行した病理と結果( ) ※頭部アミロイドは記入不要

腫瘍マーカー: CEA( )、AFP( )、CA19-9( )、SCC( )、  
(数値) PIVKA-II( )、PSA( )、CA125( )、その他( ) ※頭部アミロイドは記入不要

頭部アミロイド: MMSE( 点)、CDR( ) ※FDGは記入不要

通常の撮影部位は、頭部アミロイドは頭部のみ、FDGは頭部～大腿基部です。それ以外の範囲を希望される場合はご記入ください。

撮影希望部位:

手術歴: 無・有( 年 月 手術名; )

化学療法: 無・有( 年 月 薬品名; )

放射線治療: 無・有( 年 月 照射部位; )

現在の妊娠: 無・有・可能性あり⇒被曝を伴うため、妊婦の検査はできません。

糖尿病: 無・有 →有の場合は処方; 無・有( )

アレルギー: 無・有 →有の場合は何のアレルギー( )

ペースメーカー: 無・有

B

## PET/CT検査申し込み票 (診療情報提供書)

検査予約日時: 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

フリガナ 患者氏名: 年 齢: 歳 性別: 男・女 生年月日: T・S・H 年 月 日 住 所: 電 話: 身 長: cm 体 重: kg	医療施設名: 住 所: 電 話: 診 療 科: (内線 ) 担当医師名: 移動方法: 独歩・車いす 区 分: <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 他院入院中
--	---

PET受診歴: 初回・当院にて 回 ・ 他院にて 回 ; 当院受診歴ある方はID

検査目的: 病期診断、再発診断、転移検索、頭部アミロイド

※検査目的の詳細 (FDGの場合) ・臨床的には高い蓋然性をもった悪性腫瘍  
病理診断を施行したが確定診断が得られなかった。  
医学的な理由(生検リスクが高い等)によって病理的診断が困難であった。

臨床診断:

経過、その他

・本検査が必要となった医学的根拠をご記載ください。

病 理 検 査: 施行した病理と結果( ) ※頭部アミロイドは記入不要

腫瘍マーカー: CEA( )、AFP( )、CA19-9( )、SCC( )、  
(数値) PIVKA-II( )、PSA( )、CA125( )、その他( ) ※頭部アミロイドは記入不要頭部アミロイド: MMSE( 点)、CDR( ) ※FDGは記入不要

通常の撮影部位は、頭部アミロイドは頭部のみ、FDGは頭部～大腿基部です。それ以外の範囲を希望される場合はご記入ください。

撮影希望部位:

手術歴: 無・有( 年 月 手術名; )

化学療法: 無・有( 年 月 薬品名; )

放射線治療: 無・有( 年 月 照射部位; )

現在の妊娠: 無・有・可能性あり⇒被曝を伴うため、妊婦の検査はできません。

糖尿病: 無・有 →有の場合は処方; 無・有( )

アレルギー: 無・有 →有の場合は何のアレルギー( )

ペースメーカー: 無・有

# PET/CT検査(アミロイド)説明書及び同意書

(医療施設用控え)

PET/CT検査に際し、下記の事項についてご理解頂きたくお願い申し上げます。

検査説明医 \_\_\_\_\_

## PET/CT 検査の注意事項について

- 検査前の食事や水分の制限は特にありません。
- 妊娠中または妊娠の可能性のある方の、検査は原則できません。
- 検査終了当日、乳幼児や妊婦との接触はおやめください。
- 検査後48時間は授乳しないで下さい。
- 検査受付から終了までの所要時間は約2時間です。

## PET/CT 検査薬の注意事項について

- 検査時間は注射してから約60分～90分安静にしてから約20分間の撮影となります。
- この検査は脳の「アミロイドβ(ベータ)」というたんぱく質の蓄積状態を画像化する目的のため、症状・病状の改善には直接つながりません。

## PET/CT 検査の安全性と危険性について

- PET/CTの被ばく線量は、胃の×線検査1回分と同程度です。この線量で放射線障害が起こることはありません。
- 静脈針刺入時の痛みや薬剤注入時の血管運動反射に伴って、気分の不快や血圧低下が極まれに起こることがあります。また、アナフィラキシーや頭痛も極まれに発生する場合があります。異常が認められた場合、適切な処置を行う体制を整えています。

## PET/CT 検査の医学的・学術的利用について

- PET/CT検査で得られた画像や結果などは、検査を受けられたご本人が特定できないように配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

## その他の注意事項

- 予約の取り消しは、検査の前日の15:00までにPET/CT予約係へご連絡ください。それ以降のキャンセルは、患者さんに放射性医薬品の購入費(約10万円)を請求させていただく場合があります。
- 検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それをお受けになることを了承下さい。その際は別途、治療費が必要となる場合があります。

## PET/CT検査同意書

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター院長 殿

私は、検査の説明書や上記の注意事項を読み、PET/CT検査の性質や限界を理解した上で、今回のPET/CT検査を受診いたします。

年 月 日 本人あるいは保護者署名: \_\_\_\_\_

2024.2 作成

# PET/CT検査(アミロイド)説明書及び同意書 (患者さん控え)

PET/CT検査に際し、下記の事項についてご理解頂きたくお願い申し上げます。

検査説明医 \_\_\_\_\_

## PET/CT 検査の注意事項について

- 検査前の食事や水分の制限は特にありません。
- 妊娠中または妊娠の可能性のある方の、検査は原則できません。
- 検査終了当日、乳幼児や妊婦との接触はおやめください。
- 検査後48時間は授乳しないで下さい。
- 検査受付から終了までの所要時間は約2時間です。

## PET/CT 検査薬の注意事項について

- 検査時間は注射してから約60分～90分安静にしてから約20分間の撮影となります。
- この検査は脳の「アミロイドβ(ベータ)」というたんぱく質の蓄積状態を画像化する目的のため、症状・病状の改善には直接つながりません。

## PET/CT 検査の安全性と危険性について

- PET/CTの被ばく線量は、胃の×線検査1回分と同程度です。この線量で放射線障害が起こることはありません。
- 静脈針刺入時の痛みや薬剤注入時の血管運動反射に伴って、気分の不快や血圧低下が極まれに起こることがあります。また、アナフィラキシーや頭痛も極まれに発生する場合があります。異常が認められた場合、適切な処置を行う体制を整えています。

## PET/CT 検査の医学的・学術的利用について

- PET/CT検査で得られた画像や結果などは、検査を受けられたご本人が特定できないように配慮したうえで、学術・研究等に利用させていただく場合があります。

## その他の注意事項

- 予約の取り消しは、検査の前日の15:00までにPET/CT予約係へご連絡ください。それ以降のキャンセルは、患者さんに放射性医薬品の購入費(約10万円)を請求させていただく場合があります。
- 検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それをお受けになることを了承下さい。その際は別途、治療費が必要となる場合があります。

## PET/CT検査同意書

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター院長 殿

私は、検査の説明書や上記の注意事項を読み、PET/CT検査の性質や限界を理解した上で、今回のPET/CT検査を受診いたします。

年 月 日 本人あるいは保護者署名: \_\_\_\_\_

# PET/CT検査アミロイド予約票（連携医用）

検査予約日時：西暦 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

予約時間の30分前までに、2階受付4までお越しください。

フリガナ

患者氏名：

年齢： 歳

性別：男・女

生年月日：T・S・H 年 月 日

検査当日に持参する物

- ① 保険証
- ② PET/CT検査申し込み票(診療情報提供書)
- ③ PET/CT検査予約票
- ④ X-P、CT、MRI等の画像データ
- ⑤ 診察券  
(以前高齢者医療センターにかかったことのある方)

## 《検査にあたり、患者様のご留意頂く事項》

### 【検査前日まで】

- 食事や水分の制限はありません。
- キャンセル・変更は検査前日の15時迄に下記までお願いします。

### 【検査当日】

- 食事や水分の制限はありません。
- この検査で薬の服用に制限ありません。
- 当日の検査は、約2時間を予定していますが 多少前後する事がございます。
- 検査当日妊婦 及び 小児 の付き添いは御遠慮ください。
- 予定時刻に間に合わない場合や来院できなくなった場合は、直ちにご連絡ください。

### 【検査後】

- 通常通りの生活に戻られて結構ですが、検査当日は、妊婦や小児と接触しないでください。
- 授乳中の方へ：検査終了後より 48 時間は授乳できません。
- 検査結果は後日ご紹介頂いた医師に発送致します。従って検査結果は、紹介元の主治医よりお受けください。原則として一週間以内に結果を発送致します。

予約・検査・キャンセルに関する問い合わせ及び連絡先

順天堂大学  
医学部附属

順天堂東京江東高齢者医療センター

電話 (03)5632-3111(代表)

PET/CT予約係 内線2225

# PET-CT検査アミロイド 当日の流れ

順天堂東京江東高齢者医療センターへの交通アクセスは、事前に当院のホームページ等をご覧ください。

※検査結果に関わる注意事項がありますので、前日までに必ずお読みください。

- ◎ 検査準備や事務手続きがありますので予約時間の30分前までにご来院ください。
- ◎ 検査当日はPET/CT検査(アミロイド)説明同意書と診療情報提供書をご持参ください。
- ◎ 検査料は3割負担の場合、約5万円です。10割負担で約15万円が目安です。

## ① 来院前

検査前のお食事や水分の制限は特にありません。

## ② 受付

初めての方(初診)は2階総合受付内の初診受付にお越しください。  
再診の方は再来受付機に診察券を入れ、受付票を受け取り、2階受付4までお越しください。

## ③ 検査受付(2階 受付4)

受付にて「検査同意書」の確認・受付票の受け取り後、検査室にご案内いたします。

## ④ 検査前

貴金属類、財布などの貴重品やバッグは、ご自身で管理してください。  
RI室(PET-CT 室)前の椅子に座って、お待ちください。  
検査準備ができましたら、担当技師が検査室にご案内します。

## ⑤ 注射(PET 処置室)

アミロイドPET製剤を静脈注射します。  
注射後の制限は特にありません。  
※注射後約2時間程で検査は終わります。

## ⑥ 安静(安静・回復室)

お薬を身体になじませるため、約30～60分間、安静・回復室で休んでいただきます。  
この間、飲水とお手洗いは自由です。  
安静室にはカメラとマイクがありますので、問題があれば声をおかけください。

## ⑦ お手洗い(排尿)

安静終了時点(PET-CT撮影開始直前)に、お手洗いに行ってください。(お手洗いを済ませることで、より正確な検査結果を得ることができます)

## ⑧ PET-CT撮影(頭部)

案内の声がかかったら、【貴重品・バッグ】を持って、PET-CT 室へ移動してください。  
撮影時間は約20分間です。  
撮影中は動かないようにしてください。

## ⑨ 検査終了

検査終了の声が掛ったら検査終了です。

## ⑩ 会計 → 帰宅

総合受付で会計を済ませて終了です。  
寄り道せず、まっすぐお帰りください。  
お疲れ様でした。

### 検査後の注意事項

- ※検査終了後も体内には薬が残っていますが、24時間後には自然になくなります。
- ※検査当日、小児、妊婦への接触はお控えください。
- ※検査後48時間は安全のため授乳はお控えください。