

アミロイド-PET/CT検査 診療情報提供書 (紹介状)

1 枚目

新松戸中央総合病院宛

※ この用紙を予め当院へFAX 送信後、原本は当日患者様をご持参ください。

新松戸中央総合病院

予約センター

TEL 047-345-1115

FAX 047-375-8211

貴医療機関名

診療科

住所

電話番号

担当医

(フルネーム)

検査予約日時： 年 月 日 (曜日) 時 分

(事前の準備がありますので、検査当日は予約時間の30分前までに「SMARTセンター 1F 受付」にお越しください。)

フリガナ		性別		大正・昭和		
患者氏名		男・女	生年月日	平成・令和	年	月 日
			体重	kg		
患者住所	〒					
日中に繋がる電話番号						

臨床診断	既往歴・症状経過等 (貴院の様式で別紙添付可) 次項についての記載をお願いいたします。 ・MMSEスコア,CDR全般スコアの評価及びMRI検査所見	画像検査等		
			検査日	検査日
		MRI	/	/
		CT	/	/
		シンチ検査	/	/
		MMSEスコア		
		CDR全般スコア		
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定	MRI所見		

【依頼医チェック項目】(必須)	確認チェック
● レカネマブ(遺伝子組み換え)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こと ※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります	()
● 認知症疾患医療センター以外の施設の場合は、認知症疾患医療センターと連携がとれること	()
● 中央社会保険医療協議会において、アルツハイマー病治療薬レカネマブ(レケンビ(R))使用に関し「最適使用推進ガイドライン」が定められている。本ガイドラインにおける「4(2)①初回投与～6か月まで」に示された施設要件を満たす施設であること	()
● 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、レカネマブ製剤の投与の要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目的であること	()
● 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと	()
● 出来ましたら頭部MRI検査の画像の提供をお願いします。患者様に画像のCD-Rをお渡しください。	()

《 確認事項 》

20分の静止	<input type="checkbox"/> 可・(<input type="checkbox"/> 不可 : 検査不可)	入・外区分	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		
移動について	<input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー (介助が必要な方は、事前にご相談ください)		

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。

アミロイド-PET/CT検査 診療情報提供書 (紹介状)

2枚目
貴院控

新松戸中央総合病院
予約センター
TEL 047-345-1115
FAX 047-375-8211

貴医療機関名
診療科
住所
電話番号
担当医
(フルネーム)

検査予約日時： 年 月 日 (曜日) 時 分

(事前の準備がありますので、検査当日は予約時間の30分前までに「SMARTセンター 1F 受付」にお越しください。)

フリガナ		性別		大正・昭和 平成・令和 西暦	年	月	日
患者氏名		男・女		生年月日			(歳)
				体 重	kg		
患者住所	〒 日中に繋がる電話番号						

臨床診断	既往歴・症状経過等 (貴院の様式で別紙添付 可) 次項についての記載をお願いいたします。 ・MMSEスコア,CDR全般スコアの評価及びMRI検査所見	画 像 検 査 等		
			検査日	検査日
		MRI	/	/
		CT	/	/
		シンチ検査	/	/
		MMSEスコア		
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定	MRI所見		
	CDR全般スコア			

【依頼医チェック項目】(必須) 確認チェック

- レカネマブ (遺伝子組み換え) 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こと ()
※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります
- 認知症疾患医療センター以外の施設の場合は、認知症疾患医療センターと連携がとれること ()
- 中央社会保険医療協議会において、アルツハイマー病治療薬レカネマブ (レケンビ(R)) 使用に関し「最適使用推進ガイドライン」が定められている。本ガイドラインにおける「4 (2) ① 初回投与～6か月まで」に示された施設要件を満たす施設であること ()
- 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目的であること ()
- 脳脊髄液 (CSF) 検査を行っていないこと ()
- 出来ましたら頭部 MRI 検査の画像の提供をお願いします。患者様に画像の CD-R をお渡しください。

《 確 認 事 項 》

20分の静止	<input type="checkbox"/> 可・(<input type="checkbox"/> 不可 : 検査不可)	入・外区分	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		
移動について	<input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー (介助が必要な方は、事前にご相談ください)		

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。

アミロイド-PET/CT検査 予約表 (患者さんへのお知らせ)

3枚目
患者様持参用

新松戸中央総合病院
予約センター
TEL 047-345-1115
FAX 047-375-8211

貴医療機関名
診療科
住所
電話番号
担当医
(フルネーム)

検査予約日時： 年 月 日 (曜日) 時 分

(事前の準備がありますので、検査当日は予約時間の30分前までに「SMARTセンター 1F 受付」にお越しください。)

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日 (歳)
患者氏名		男・女	体 重	kg	
患者住所	〒 日中に繋がる電話番号				

〈 検査当日ご持参頂くもの 〉

- 健康保険証、各種医療受給者証
- 患者さんへのお知らせ (診療予約券) : 本状
- 主治医からの診療情報提供書 (紹介状) ・画像データ、本検査の同意書のコピー
- 検査料金 3割負担 : 約 45,000円 , 1割負担 : 約 15,000円

※クレジットカードでのお支払いも可能です。電子マネーには対応しておりません。

(VISA・JCB・Master・SAISON CARD・AmericanExpress・JACCS・DC・NICOS・UFJ)

〈 検査にあたってのご注意 〉

- 別紙の「アミロイド-PET/CT検査のご案内」をお読みください。 ※ 予約時間に遅れますと、検査ができません。

◇ 電車でお越しの場合

- ・JR武蔵野線
- ・JR常磐線 (千代田線) 「新松戸駅」 徒歩 3分
- ・流鉄流山線 「幸谷駅」 徒歩 3分



◇ 路線図



◇ お車でお越しの場合

近隣の病院契約駐車場をご利用ください。

＜アミロイド-PET/CT 検査のご案内＞

4枚目
患者様用

アミロイド-PET/CT 検査は、3大認知症（アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症・レビー小体型認知症）の中で最も多いと言われている「アルツハイマー型認知症」を引き起こす「アミロイドβ蛋白」の脳内蓄積を調べる検査です。

＜検査薬剤の副作用について＞

報告されている副作用は、顔面潮紅、頭痛、血圧上昇、吐き気、めまいなど(添付文書より)です。また薬剤に微量のアルコールを含むため、アルコール過敏症の方には特に注意が必要です。禁忌事項ではありませんが、主治医にお知らせしてください。

※ 必ず主治医からの説明に同意の上、検査を申し込んでください。

＜検査の流れ＞

1.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、重労働を控えて下さい。
- ・ 普段服用されているお薬は、内服して頂いて結構です。
- ・ 検査前の絶飲食は必要ありません。

2.検査受付・身体測定

- ・ 来院当日、紹介状・予約表・同意書等をSMARTセンター 1F受付にお出してください。
- ・ その後検査着に着替え、身長や体重・血圧・血糖値などを測定します。

3.薬剤投与・待機

- ・ アミロイドβと結合する性質を持つ放射性医薬品を静脈から注射します。
- ・ 薬剤が脳内へ行き渡るまで、90分程度は安静にしてお待ちいただきます。

4.検査

- ・ 仰向けに寝た状態で20分程度PET/CT装置にて頭部を撮影し、脳内の異常蛋白の蓄積をカラーで画像化、診断します。20分間は、仰向けで動かないでください。

＜検査後＞

- ・ 検査終了後、40分ほど休んで頂いたのち、お帰りいただきます。
- ・ 検査後は、通常通りの生活をしていただけますが、検査後24時間は、微量の放射線が体内に残っているため、その間は授乳や乳児・妊産婦との緊密な接触は避けてください。
- ・ また、使用するPET薬剤は、余った分等が主に尿とともに排出されますので、水分を多めに取ってください。お手洗い後は、手洗いを心がけてください。

当センターは、日本核医学会・日本認知症学会・日本神経学会が定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン改訂第3版」に沿ってアミロイドPET検査を実施しています。

○ 検査機器の保守点検及び検査薬の輸送体制には万全を期していますが、万一機器の故障や輸送中の事故などの際に検査ができなくなることがあります。その場合、時間の変更もしくは日を改めて検査させていただきますのでご了承ください。

- 予約変更またはキャンセルをされる場合は、**検査前日の正午（平日）**までに必ずご連絡ください。
- その他ご質問等がございましたら、下記までご連絡ください。

新松戸中央総合病院 予約センター TEL：047-345-1115
平日 9：00～17：00、土曜日 9：00～12：00