

ご予約は地域連携課までお電話ください（TEL 0120-607-489）（FAX 075-593-2130）

洛和会音羽病院控え

洛和会音羽病院 アミロイドPET検査依頼書（兼 診療情報提供書）

洛和会音羽病院 担当医 宛

申込日 年 月 日

紹介元医療機関	診療科名	
	医師氏名	印

予約日時	年 月 日 曜日	午前	時	分	
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳
住所	〒	TEL			
		携帯			
確認事項	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	搬送区分	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	その他留意点		20分程の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<small>検査ができない可能性があります</small>

依頼医 確認項目	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関が厚生労働省の定めるアルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品（抗Aβ抗体薬）の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"/> 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である
	<input type="checkbox"/> 認知機能評価を実施している
	※上記確認項目全てに該当しない場合は保険適応外となり検査を受けていただけません
検査目的	<input type="checkbox"/> 抗Aβ抗体薬の投与の可否を判断する目的でAβ病理を示唆する所見を確認するため
	<input type="checkbox"/> 抗Aβ抗体薬の投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開するため
	<input type="checkbox"/> 抗Aβ抗体薬の投与終了の可否を検討するため及び18か月を超える投与継続の可否を検討するため
臨床診断	
臨床経過 既往歴	MMSE 点（測定日 ）、 CDR （測定日 ）

お願い事項	1枚目の全てに記入と確認項目にチェックをお願いします。 4枚目（説明書）の内容を説明していただき、予約票と説明書を患者さんにお渡し下さい。 依頼書は事前に、当院PET-CT検査室（FAX 075-593-2130）まで送付してください。 頭部MRIの画像データがありましたら検査当日、患者さんにご持参いただくようお願いします。 予約の中止、変更は必ずご連絡ください。地域連携課 TEL 0120-607-489
-------	---

ご予約は地域連携課までお電話ください（TEL 0120-607-489）（FAX 075-593-2130）

ご依頼医療機関さま

洛和会音羽病院 アミロイドPET検査依頼書（兼 診療情報提供書）

洛和会音羽病院 担当医 宛

申込日 年 月 日

紹介元医療機関	診療科名	
	医師氏名	印

予約日時	年 月 日 曜日	午前	時	分	
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳
住所	〒	TEL			
		携帯			
確認事項	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	搬送区分	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	その他留意点		20分程の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	検査ができない可能性があります

依頼医 確認項目	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関が厚生労働省の定めるアルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品（抗Aβ抗体薬）の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"/> 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である
	<input type="checkbox"/> 認知機能評価を実施している
	※上記確認項目全てに該当しない場合は保険適応外となり検査を受けていただけません
検査目的	<input type="checkbox"/> 抗Aβ抗体薬の投与の可否を判断する目的でAβ病理を示唆する所見を確認するため
	<input type="checkbox"/> 抗Aβ抗体薬の投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開するため
	<input type="checkbox"/> 抗Aβ抗体薬の投与終了の可否を検討するため及び18か月を超える投与継続の可否を検討するため
臨床診断	
臨床経過 既往歴	MMSE 点（測定日 ）、 CDR （測定日 ）

お願い事項	1枚目の全てに記入と確認項目にチェックをお願いします。 4枚目（説明書）の内容を説明していただき、予約票と説明書を患者さんにお渡し下さい。 依頼書は事前に、当院PET-CT検査室（FAX 075-593-2130）まで送付してください。 頭部MRIの画像データがありましたら検査当日、患者さんにご持参いただくようお願いします。 予約の中止、変更は必ずご連絡ください。地域連携課 TEL 0120-607-489
-------	---

洛和会音羽病院 アミロイドPET検査予約票

申込日 年 月 日

紹介元医療機関	診療科名	
	医師氏名	

予約日時	年 月 日 曜日	午前	時	分	
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男	大正 昭和	年	月 日 歳
		女	平成 令和		

●検査当日のご案内

検査当日は依頼書（診療情報提供書）とマイナンバーカードもしくは資格確認書をご持参下さい。

予約時間の30分前に洛和会音羽病院総合受付にお越しください。

主治医の先生からのCD-R（画像データ）がございましたら、一緒にお持ち下さい。

検査時間は、問診から検査終了まで約2時間かかります。

頭部の撮影時間は20分です。その間、動かないことが大切です。

●食事や内服の制限はありません。

●予約のキャンセルについて

検査で使用のお薬は、患者さんごとに発注しています。検査をキャンセルされる場合は前日16時までに必ず連絡して下さい。

●その他

ごくまれに機器トラブルや交通事情、天候不良などで検査を延期させて頂く場合がありますのであらかじめご了承ください。

妊娠されている方や乳幼児が近くにいらっしゃる場合は、注射後12時間は密接な接触を出来るだけ控えてください。



医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院

〒607-8062

京都市山科区名神京都東インター横

洛和会音羽病院放射線部 PET-CT画像診断センター

TEL 075(593)2130 (FAX兼用)

☎ 0120(607)489 (予約センター)

洛和会音羽病院 アミロイドPET検査 説明書

1. 検査の目的

アルツハイマー病の原因物質と考えられているアミロイドβブランクが、脳内に溜まっているかどうかを調べるための検査です。

2. 検査当日のご案内

予約時間の**30分前にご来院ください。**

検査薬は使用できる時間が限られています。検査時間に遅れますと検査ができなくなる可能性があります。

また検査で使用するお薬は患者さんごとに発注していますので検査をキャンセルされる場合は予約した医療機関、もしくは当院検査室【電話番号075-593-2130】に前日16時までに連絡してください。

検査前の飲食や服薬の制限はありません。

検査薬の注射後、約60分の安静ののちPET装置の寝台に寝ていただき、頭部を約20分間撮影します。このとき頭が動くと検査に影響しますので、頭を軽く固定しますが患者さんご自身でも動かないようお願いいたします。

問診から検査終了までおよそ2時間要します。

検査終了後はお薬を速やかに排泄するため水分を多めにお取りください。（尿や便から排泄されます）

検査費用は保険適用の場合、3割負担の方で7万5000円程度となります。

ごくまれに機器トラブルや交通事情、天候不良などで検査を延期させて頂く場合がありますのであらかじめご了承ください。

3. 使用する薬剤の副作用について

アミロイドPET検査では放射性医薬品フルテメタモル(18F)注射液 ビザミル®静注を使用します。

この薬剤の副作用としては、ごくまれな重大な副作用として呼吸困難などアナフィラキシーショックの事例が0.2%(1件)報告されています。またその他の副作用として1~5%未満で潮紅、血圧上昇、悪心、胸部不快感、0.5~1%未満に頭痛、浮動性めまいの報告があります。注射後、身体に異常を感じたらすぐにお知らせください。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注意が必要です。

4. 検査に係る放射線被ばくについて

アミロイドPET検査は、放射性医薬品の投与と頭部のCT撮影を行いますので、わずかな放射線被ばくがありますが検査を受けることによる利益（病気の正確な診断、今後の治療方針の決定など）が放射線被ばくの不利益を上回るとの医師の判断のもと検査を行っています。検査で使用する程度の被ばく線量では放射線障害が起きることはありません。がんのリスクも検出困難なほど低いとされています。また体内に入った検査薬は約2時間で半減し尿などから排泄されるので翌日にはほとんどなくなっています。ただし妊娠されている方や乳幼児が近くにいらっしゃる場合は、注射後12時間は密接な接触を出来るだけ控えてください。授乳中の方は注射後24時間、赤ちゃんへ母乳を与えることを避けてください。