

《アミロイド PET-CT 検査の予約方法》

2024.5 保存版

- 原則として予約はお電話にて承り、検査日時を決定します。
- 先だって、当院の診療情報提供書（アミロイド PET 検査依頼書）を FAX にてご送信ください。

- 検査薬の投与時刻は、 **14 時 00 分**
- 検査時間は 2 時間～2 時間半程度要します。患者様には投与時刻の 30 分前にご来院いただく必要がある旨、お伝えください。

予約の電話では、患者情報としまして以下の事項をお伝えください。

- 氏名（漢字）
- 生年月日
- 体重
- 通院中か入院中か
- ご担当診療科と医師名
- 当院への外来受診歴（PET-CT 撮影年月日）

★酸素吸入（流量）・ペースメーカー埋め込みがある方は、あらかじめお知らせ下さい。
（PET-CT 検査が可能な体調かまた対応機種か、かかりつけの医師へ必ず確認をお願いします。）

診療情報提供書には、**患者様の連絡先（付き添いの方の名前、携帯番号など）もご記入お願い致します。**（検査薬は遠方からの配送のため、悪天候や交通状況等で検査の延期や中止がやむを得ない場合があります、その際に連絡させていただきます。）

診療情報提供書は、事前に FAX でお送りいただきますが、検査当日にも患者様に持参していただきます。その際、CT/MRI 検査等の画像検査の検査結果報告書と DICOM 画像も同封してください。（PET-CT 検査の保険適用には、それらの検査が事前に行われていることが条件です。）

なお、電話予約時以降に他の検査が予定されている場合は、PET 検査当日までに FAX 等で報告書をお送りください。

医療法人誠仁会 塩川病院
三重最先端医療 PET センター
TEL : 059-375-3300/FAX : 059-375-3301

《保険適用条件》

- ・ 紹介元医療機関がレカネマブ(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。
- ・ 1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を実施していること。
*金属を含む医療機器(MRI装置に対する適合性が確認された製品を除く)を埋め込みまたは留置した患者は不可。
- ・ 認知機能の低下および臨床症状の重症度範囲が以下の(a)および(b)の両方を満たすことが、投与開始前1か月以内の期間を目安に確認されていること。
 - (a) 認知機能評価 MMSE スコア 22点以上
 - (b) 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 0.5または1

注意事項

- ・ 同一月内にFDG-PETもしくはガリウムシンチを行っている場合は、どちらか一方が保険適用となります。
- ・ アミロイドPET検査は、患者1人につき1回に限り算定可能ですが、レカネマブ製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに1回に限り算定できます。
その場合にはアミロイドPET検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。
- ・ 検査薬の発注が前週金曜日締め切りのため、検査の予約は依頼日の翌週以降になります。

入院患者様・外来患者様にご負担いただく費用

- 一旦退院していただいて、外来患者様として検査をお受けになられる場合の費用は、
 - 保険適用 (3割負担)：約75,000円(初診料・文書料・核医学診断料込み)
 - (1割負担)：約25,000円
 - (0割負担)：約2,000円(生活保護受給者等 文書料のみ)

(2024年7月 現在)

- 入院されていて検査をお受けになられる場合の費用は、当日当院でのお支払いはありません。
貴院へ請求書をFAXでお送りします。原本は後日郵送しますので、振込みをお願いいたします。

- 検査時間は、2時間～2時間半かかります。
原則として、自立歩行可能かつ長時間静止可能な方が対象です。
- ビザミル静注は1バイアル(2mL)中、無水エタノールが0.14mL(7%)含まれるため、アルコール過敏症の方、飲酒に対し強い反応を示す方は慎重投与とします。
- 酸素吸入が必要な患者様は、検査時間(2時間半程度)+移動時間に十分な量を準備してください。当院での酸素の処方はありません。また流量の指示をお願いします。
- 以下のことを患者様にお伝えいただき、予約票をお渡してください。
- 検査開始時間の30分前には当院へ到着していただくよう準備をお願いします。
13時30分には当院5階 PETセンターまでお越しください。
- 検査前日/当日の激しい運動を控えてください。
- 検査前の飲食や服薬に制限はありません。
- 原則として、検査着には着替えません。リラックスできる格好で来院してください。
検査時には入れ歯、補聴器、イヤリング、ヘアピン等は外していただきます。
- 身長と体重を測定しますが、立位が困難な場合はおよその測定値をお知らせください。
- 帰院後、検査当日は、患者様の尿に触れないようにしてください。おむつ交換は手袋を使用し、手早くすませてください。
- 検査当日は、多少、周囲に放射線の影響があります。妊婦、小さなお子様の接触は可能な範囲でお控えください。
- その他ご不明な点がございましたら下記までお気軽にご連絡ください。

医療法人誠仁会 塩川病院

三重最先端医療PETセンター

TEL : 059-375-3300 / FAX : 059-375-3301

アミロイドPET検査説明書 兼 予約票

氏名 _____ 様

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プラークが、脳内に溜まっているかどうかを調べるための検査です。

検査の流れ 《検査時間：2時間～2時間半》



注意事項

- 検査前日、当日の激しい運動は控えてください。
- 検査前の飲食や服薬に制限はありません。
- 撮影時間は20分程度ですが、長く仰向けに寝ることが困難な方、また閉所恐怖症のある方等は事前にご相談ください。

検査予約日： 年 月 日 (曜日) 14時00分

* 予約時間の**30分前**までに当院5階 PETセンターまでお越しください。

* 予約日時の変更、キャンセルをされる場合は**検査予定日の2日前まで**に必ずご連絡ください。
連絡がない場合は、薬剤料196,481円(税抜)をいただく場合もございますのでご了承下さい。

《当日ご持参いただくもの》

- アミロイドPET検査説明書 兼 予約票 (本用紙)
- 診療情報提供書 (アミロイドPET検査依頼書)
- CT, MRI 等のDICOM画像 (**MRI画像必須**)
- CT, MRI 等の画像所見のコピー
- 保険証
- 検査費用

封筒に入れて患者様にお渡しください

保険適用 (3割負担) : 約75,000円

(1割負担) : 約25,000円

* デビットカード、クレジットカードもご利用いただけます

* その他ご不明な点がございましたら下記までお気軽にご連絡ください。

医療法人誠仁会 塩川病院
三重最先端医療PETセンター

TEL : 059-375-3300 / FAX : 059-375-3301

診療情報提供書(アミロイドPET検査依頼書)

ID番号	申込日 年 月 日		
フリガナ	検査日時 年 月 日 曜日 時 分		
氏名:	依頼元医療機関名		
生年月日: 年 月 日 性別	診療科名		
年齢: 体重 kg	依頼医師名		
住所:			
電話番号:			
病名:	印		
検査目的	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定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。		
アミロイドPET受診歴: <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日、当院・他院)、 <input type="checkbox"/> 無			
移動	自立歩行・車椅子・ストレッチャー		
長時間静止	可・不可	感染症	無・有()
閉所恐怖症	無・有	アルコール過敏症	無・有
妊娠	無・有		
現在状況	外来・入院中	次回受診日	月 日
【依頼医チェック項目】 <input type="checkbox"/> にレ点をお願いします			
<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関がレカネマブ(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			
<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。			
【 】にスコア及び実施日をご記入ください。			
(a) 認知機能評価	MMSE スコア	【 点】(22点以上)	【 年 月 日】
(b) 臨床認知症尺度	CDR 全般スコア	【 】(0.5または1)	【 年 月 日】
※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。			
臨床経過・他検査所見・現在の処方等			
※センター側記入欄 体重: kg、 ¹⁸ F-Flutemetamol 投与量: MBq (時 分)			