2025.01 発行

2	受診者様用

# お問い合わせ・ご連絡先電話番号 06-6840-0100

# アミロイドPFT検査予約票/検査時注意書

検査受付日時	年	月		⊟(	)	午前	•	午後	時	分
フリガナ					ID					
受診者氏名			性別	男•女	生年月日	口大工 口昭和 口西图	<u> </u>	年	Ę	
受診者連絡先	携帯電話(	)	_	_	自宅電話(			)	_	
付添者氏名				男•女	続柄				J	口非同居
	携帯電話(	)	_	_	その他					□勤務先
検査前確認	*付添者の同行が必須です。付添者の携帯電話へ、 希望時間帯 □AM (10:00~12:0 検査の前日(日祝除く)に事前の連絡をいたします。 希望時間帯 □PM (12:00~17:0							2:00) 7:00)		

\*この検査では、大変高価な薬剤を当院が事前購入して準備いたします。

その薬剤は使用期限が大変短く、急な日時変更やキャンセル、また検査時間に大幅に遅れられた際は薬剤を廃棄しなければなりません。

検査日の変更/キャンセルを希望される際は、必ず折り返しのご連絡を上記電話番号までお願いします。

- 検査前にご体調を崩されたり、急な冠婚葬祭のご予定が入った場合、直ちに当院にご連絡ください。
- 当日の無断キャンセルの場合は、保険診療負担10割分(約25万円)+消費税を請求させていただきます。

#### 【検査料金】

アミロイドPETの検査自己負担金は以下の通りです。保険診療の場合 7万5千円前後保険適用外の場合 25万円+消費税(医療機関からのお申し込みの場合のみ)

撮影時は、検査台に仰向けになった状態で、少なくとも20分間の安静が必須です。薬剤投与後、検査にご協力頂けず、やむを得ず検査が中止となった場合、検査料金の返還はできません。あらかじめ、主治医と十分にご相談された上でのご受診をお願いします。

## 【検査当日に必要なもの】

- ・紹介元診察券(ある場合のみ) ・マイナ保険証(または 健康保険資格確認書)、 公費医療証等
- ・この検査予約票 ・頭部MRI画像(フィルムやCD-R、医療機関からお渡しのあった場合のみ)
- ・ 靴下、肌着など (機器管理の都合上、検査室内の温度を下げています。毛布類は十分に準備しています)
- 自己負担金(各種クレジットカードがご利用頂けます)

## 【受付時間について】

- ・完全予約制です。裏面「交通案内」をご参照いただき、受付時間に遅れないようお越しください。 諸事情により遅れる場合は、それが判明した時点で直ちに当院にご連絡ください。
- 当院には駐車場がございませんので出来る限り公共の交通機関をご利用の上でのご来院をお願いいたしておりますが、送迎、タクシー等お車でお越しの際は当日の交通状況により移動時間が大きく変動しますので特にご注意ください。

大幅な到着遅延の場合、検査に用いる薬剤の期限の問題で検査が施行できなくなることがあります。

## 【PET検査の流れ、食事について】

検査は、下記スケジュールで進行します。



- ・撮影は10~20分ですが、受付から終了までの所要時間は2時間30分前後です。
- この検査は、ご来院前の食事や飲水の制限はありません。ただし、院内での食事は出来ません。
- 糖尿病薬含め、処方されている薬があれば通常通りのご使用をお願いいたします。

#### 【検査時の被ばくについて】

この検査では、放射性薬剤およびCT撮影による一時的な被ばくがありますが、急性放射線障害などの健康被害が起きる可能性はありませんので、ご安心して検査をお受けください。

#### 【検査結果】

• 検査後の画像、結果については、10日前後でご依頼された医療機関にお渡しします。 当院での結果説明は出来ませんので、あらかじめご了承ください。

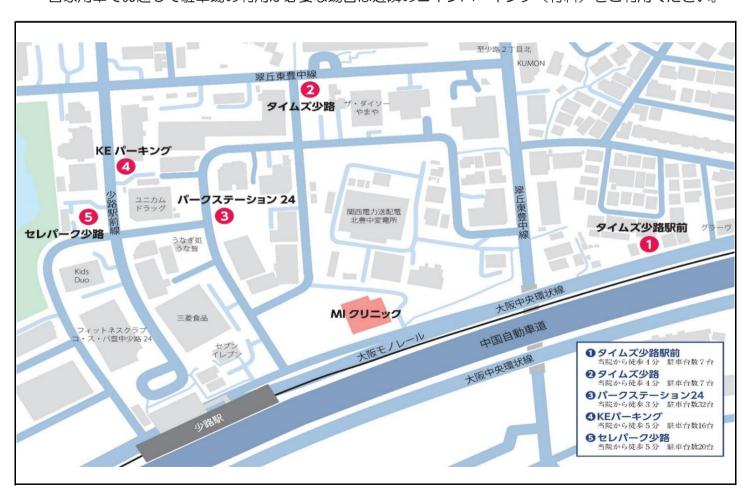
#### 【その他の注意点】

・閉所恐怖症等、検査時のご不安がある場合は事前に主治医へお申し出ください。

#### 【MIクリニックまでの交通について】

#### 駐車場はございませんので、公共の交通機関、タクシーをご利用ください。

- ・電車でお越しの方 大阪モノレール少路駅下車 千里中央方面に徒歩2分
- ・タクシー、車でお越しの方(当院に駐車場はありません) 中央環状線(大阪府道2号線)東行(千里中央・守口方面)車線に面していますが、 本線からの左折入場は出来ませんので少路駅に通じる側道からご進入ください。
  - \*当院隣接のスペースは乗降専用場所となっていますので、 自家用車でお越しで駐車場の利用が必要な場合は近隣のコインパーキング(有料)をご利用ください。



# 医療法人 仁泉会 MI(エムアイ)クリニック

〒560-0004 大阪府豊中市少路 1-12-13

TEL 06-6840-0100 FAX 06-6840-0808

フリーダイアル 0120-505-576

## 3 医療機関FAX送信用

# FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808 アミロイドPET検査依頼書/診療情報提供書

検査受付日時		年	月	⊟(	)	午前 •	午後	時	分
フリガナ					ID				
受診者氏名			性別	男・女	生年月日	口大正 口昭和 口西暦	年	月	В
受診者連絡先	携帯電話(	)			自宅電	11111111111111111111111111111111111111	)	<del></del>	
付添者氏名			性別	男・女	続柄			18 口非	同居
付添者連絡先	携帯電話(	)		_	その他	<u>t</u>	ΠÉ	1宅 口薫	游先
検査前確認		3行が必須です。 日祝除く)に事i			希望時間帯		(10:00~12 (12:00~17		
紹介医療機関名	電話番号				FAX				
診療科・担当医					科				先生
*でき	るだけ直近の	頭部MRI画像の	ご準備をお	3願いします	· 。あれば、ご	本人または作	寸添者様にお渡し	しください。	
診断名	□ MCI (A[	D疑い)		度認知症(A	D疑い) 🗆	その他(	保険適用外):		
PET薬剤の指定	口 指定なし		ロア	ミヴィッド		ビザミル			
保険治療薬	ロ レカネマ	ブ(レケンビ)	ロド	ナネマブ(ケ	「サンラ) ロ	なし(臨	床研究、自由診	療 等)	
保険適用確認	□ 保険診療	に該当 →必?	ずご記載く/	ごさい ①N	MSE: 点	i/30	)CDR全般尺度:	:□ 0.5 □	1.0
注:保険診療の場合は、必ず下記をご確認頂き、全ての欄にチェックをお願いします □ レカネマブまたはドナネマブ(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 □ 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、レカネマブまたはドナネマブ製剤の投与の要否を判定する目的でアミロイド病理を示唆する所見を確認する目的である □ アミロイド β 42/40比(髄液)における保険算定を行っていない									
以下、治療薬ごと						念、必要な診り	療情報に関してご	予約時に説明い	たします
レカネマブ	<ul><li>☐ MMSE22</li><li>☐ 治療前鑑3</li></ul>	2以上、かつCD 引診断			である   目以降 (注) □	その他:			
ドナネマブ	<ul><li>☐ MMSE20</li><li>☐ 治療前鑑3</li></ul>	D以上28以下、 引診断				初回投与後1	8か月目以降(注	:) □その他:	
上記チェッ	ク漏れ、ご	衣頼の内容に	よっては例	<b>保険適用要</b>	牛につきお問	い合わせる	させていただく	【場合があり	ます
受診動機・現病	歴・検査結果 □ 無					D44 ·			
感染症 次回外来予定日		口 有:口	HBV U 在				に検査結果が間に合	カない提合があり	 ます