

アミロイドPET検査予約票/検査時注意書

検査受付日時	年	月	日 ()	午前	・	午後	時	分
フリガナ				ID				
受診者氏名	性別	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦
受診者連絡先	携帯電話 ()	—	自宅電話 ()	—				
付添者氏名	性別	男・女	続柄	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 非同居			
付添者連絡先	携帯電話 ()	—	その他	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 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、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	<input type="checkbox"/> AM (10:00~12:00) <input type="checkbox"/> PM (12:00~17:00)			

*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てください。
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。

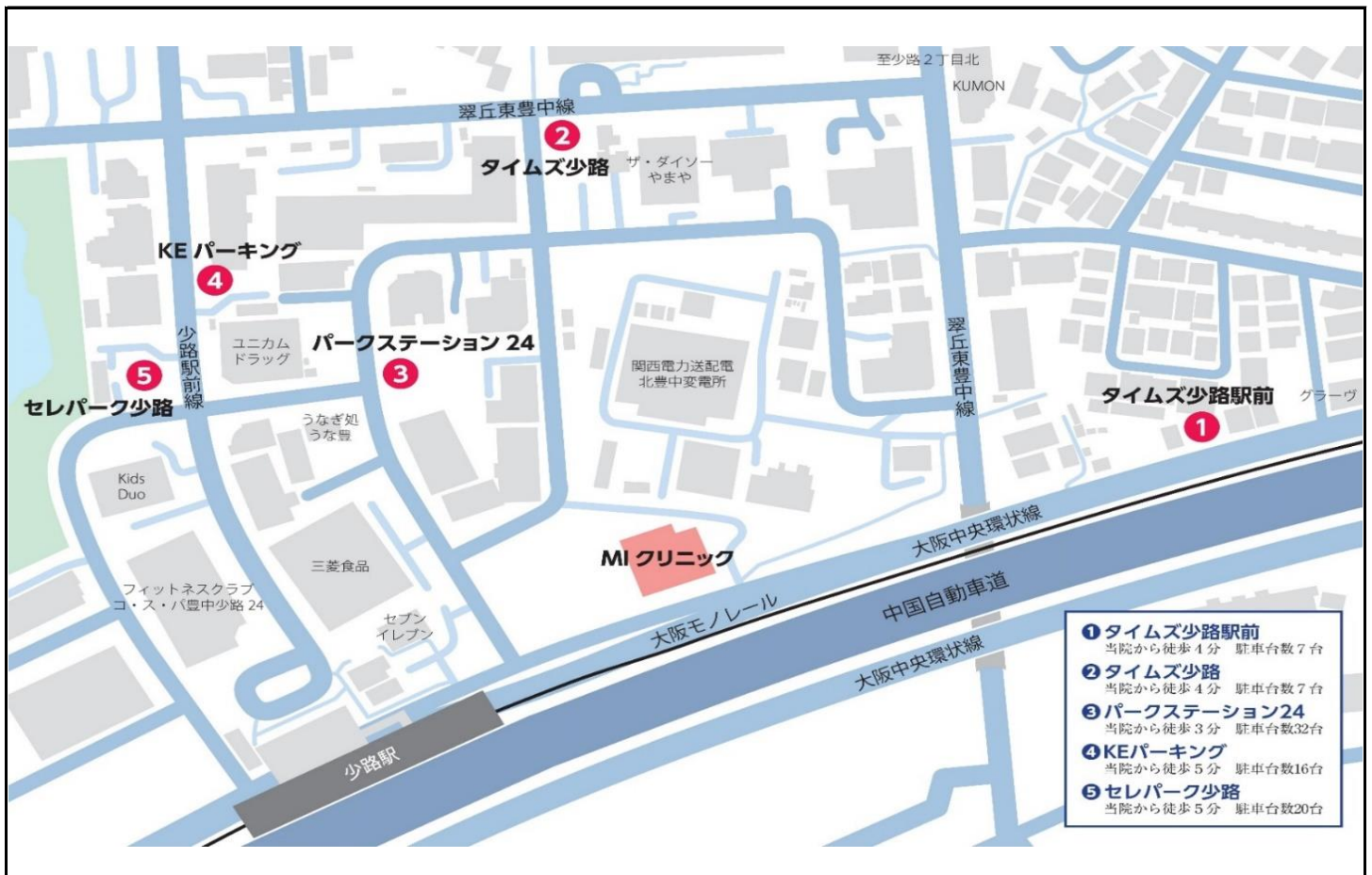
【その他の注意点】

- ・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、自家用車でお越しして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

フリーダイヤル 0120-505-576

お電話によるご質問・お問い合わせ時間 月曜～土曜 9:00～17:00まで（祝祭日、12/29PM～1/3を除く）

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	日 ()	午前	・	午後	時	分
--------	---	---	-------	----	---	----	---	---

フリガナ				ID				
受診者氏名	性別	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日	
受診者連絡先	携帯電話 ()	—	自宅電話 ()	—				
付添者氏名	性別	男・女	続柄	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 非同居			
付添者連絡先	携帯電話 ()	—	その他	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 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、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	<input type="checkbox"/> AM (10:00~12:00) <input type="checkbox"/> PM (12:00~17:00)			

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画像のご準備をお願いします。あれば、ご本人または付添者様にお渡してください。

診断名	<input type="checkbox"/> MCI (AD疑い)	<input type="checkbox"/> 軽度認知症 (AD疑い)	<input type="checkbox"/> その他 (保険適用外) :
PET薬剤の指定	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> アミヴィッド	<input type="checkbox"/> ビザミル
保険治療薬	<input type="checkbox"/> レカナマブ (レケンビ)	<input type="checkbox"/> ドナネマブ (ケサンラ)	<input type="checkbox"/> なし (臨床研究、自由診療 等)
保険適用確認	<input type="checkbox"/> 保険診療に該当 →必ずご記載ください ①MMSE: 点/30 ②CDR全般尺度: <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 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

- レカナ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、レカナマブまたはドナネマブ製剤の投与の可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β42/40比 (髄液) における保険算定を行っていない

以下、治療薬ごとに選択してご記載をお願いします * (注) の記載のある検査目的の場合、必要な診療情報に関してご予約時に説明いたします

レカナマブ	<input type="checkbox"/> MMSE22以上、かつCDR全般スコア0.5または1である <input type="checkbox"/> 治療前鑑別診断 <input type="checkbox"/> 初回投与後18か月目以降 (注) <input type="checkbox"/> その他 :
ドナネマブ	<input type="checkbox"/> MMSE20以上28以下、かつCDR全般スコア0.5または1である <input type="checkbox"/> 治療前鑑別診断 <input type="checkbox"/> 初回投与後12か月目前後 (注) <input type="checkbox"/> 初回投与後18か月目以降 (注) <input type="checkbox"/> その他 :

上記チェック漏れ、ご依頼の内容によっては保険適用要件につきお問い合わせ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・アミロイドPET受診歴 (当院以外) など

感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> その他 :
次回外来予定日	<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 *検査日により、次回外来日に検査結果が間に合わない場合があります。

※依頼用紙をご記入後、上記FAX番号へご送信ください。

医療法人 仁泉会 MI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