

**診療情報提供書(アミロイドPET検査依頼書)**

◆保険情報は記入して頂くか保険証等をFAXしてください。

生保（該当の場合は○で囲んでください）

負担割合

|       |  |  |  |  |  |  |    |    |
|-------|--|--|--|--|--|--|----|----|
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |    | 本人 |
| 記号・番号 |  |  |  |  |  |  | 家族 |    |

|         |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

|   |
|---|
|   |
| 割 |

記載日 年 月 日

孝仁（こうじん）病院  
 PET画像診断センター 担当医宛  
 〒020-0052 岩手県盛岡市中太田泉田28  
 直通TEL 019-656-2933  
 孝仁病院受診歴 無 ・ 有

医療機関名称  
 診療科  
 所在地  
 医師名  
 TEL                 -         -

|      |   |   |         |   |   |
|------|---|---|---------|---|---|
| 予約日時 | 年 | 月 | 日 (   ) | 時 | 分 |
|------|---|---|---------|---|---|

|  |  |                       |
|--|--|-----------------------|
| (ふりがな)   | 身長                 cm                        | 体重                 Kg |
| 患者氏名                                 様 ( 男 ・ 女 ) | T・S・H         年         月         日 (    歳 ) |                       |
| 〒         -         住所                           | 自宅             -         -                   |                       |
|  | 携帯             -         -                   |                       |

|        |  |
|--------|--|
| 病名     |  |
| 臨床経過   | MMSEスコア _____ 点         CDR全般スコア _____ 点   |
| 検査目的   | アミロイドイメージングPETによるアミロイド集積の判定<br><input type="checkbox"/> 抗体薬治療開始前の診断 <input type="checkbox"/> 抗体治療薬再開前の診断<br><input type="checkbox"/> 抗体薬治療効果の評価  |
| チェック項目 | <input type="checkbox"/> 「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品（以下、抗アミロイドβ抗体薬）に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPET検査である<br><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の最適使用推進ガイドラインに準拠した施設及び担当医からの依頼である<br><input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない |

※上記条件を満たしていない場合保険適応外となります。ご確認いただき、チェック項目に☑をお願いいたします

|      |       |  |
|------|-------|--|
| 患者情報 | 診療状況  | <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中( 輸液 ・ 酸素 ・ 導尿 ・ ドレーン ・ その他【                   】 )   |
|      | 体内金属  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ステント、CVポート <input type="checkbox"/> その他(                    )                  |
|      | 感染症   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他(                    ) |
|      | 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |
|      | 移動手段  | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー  |
|      | 妊娠    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |
|      | 特記事項  |  |

# アミロイドPET検査予約票

記載日 年 月 日

孝仁（こうじん）病院  
PET画像診断センター 担当医宛  
〒020-0052 岩手県盛岡市中太田泉田 28  
直通TEL 019-656-2933  
孝仁病院受診歴 無 ・ 有

医療機関名称  
診療科  
所在地  
医師名  
TEL

⑩

予約(受付)日時 年 月 日 ( ) 時 分

(ふりがな)

患者氏名 様 (男・女) T・S・H 年 月 日 ( 歳)

## 検査を受けられる方々へ

- ・ 食事、内服薬の制限はありません。
- ・ 受付から検査終了まで約3時間かかります。
- ・ 完全予約制の検査です。来院できない場合や遅れる場合は早めにご連絡をお願いします。
- ・ 放射線を使用した検査です。妊婦さんや乳幼児連れでの来院はお控えいただき、検査当日は接触を避けてください。
- ・ 閉所恐怖症をお持ちの方で内服が必要な方は事前にご準備ください。
- ・ 介助が必要な場合はお付添をお願いいたします。
- ・ PET(ペット)検査についてご不明な点がございましたら事前にお問合せください。

## ◎検査費用

- ・ 保険診療の場合、3割負担の方は約45,000円、1割負担の方は約15,000円です。
- ・ 保険が使用できない場合（自由診療扱い）は約150,000円となります。

## ◎ご持参いただくもの

- ・ 保険証、各種受給証、紹介状

# PET検査の流れ

- 1. 受付** 保険証・各種受給者証・紹介状をご提出下さい。
- 2. 問診** 更衣・問診・診察を行います。
- 3. 薬剤注射** 薬剤（18F-FBB）を静脈注射いたします。
- 4. 安静** 安静室にて、約90分待機していただきます。
- 5. 撮影** 撮影時間は約30分です。  
撮影は仰向けで行います。
- 6. 会計** 受付～終了まで約3時間かかります。  
検査結果は後日、主治医の先生より説明をお受け下さい。

## 交通のご案内

- バスをご利用の場合  
・盛岡駅東口10番線乗り場から  
孝仁病院直通(約15分)
- タクシーご利用の場合  
・盛岡駅より(約10分)
- マイカーご利用の場合  
・東北自動車道盛岡ICより約10分  
・東北自動車道盛岡南ICより約20分  
・ナビゲーションシステムを利用の場合は、  
病院代表電話 019-656-2888 でご検索  
ください。

社団医療法人 啓愛会 孝仁病院

## PET画像診断センター

〒020-0052 盛岡市中太田泉田28  
TEL(直通)019-656-2933

