

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
日

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	
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定
チェック項目	<input type="checkbox"/> レカネマブ(遺伝子組換え)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 <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等に対し、レカネマブ製剤の投与の要否を判断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目的であること <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと

※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

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	記載日	年	月	日
--	------------------------------------	-----	---	---	---

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

