

アミロイドPET検査予約手順

◆検査申し込み

①医療機関様より地域医療総合窓口あったかサポートセンターへお電話下さい。

直通TEL:06-6443-3470(8:30~17:00)

②予約確定後、アミロイドPET診療情報提供書(別紙2)に必要事項を記載の上、FAXしてください。

直通FAX:06-6443-3585

③患者様へ、アミロイドPET検査説明書兼実施同意書(別紙3)にて検査および同意の取得説明をお願いします。

◆検査当日

2Fあったかサポートセンター受付にお越しください。

患者様に下記をご持参いただきますよう御手配ください。

- ①アミロイドPET予約票(別紙1)
- ②アミロイドPET診療情報提供書(別紙2)
- ③アミロイドPET検査説明書兼検査実施同意書(別紙3)
- ④マイナンバーカードまたは健康保険証

※また、他の画像診断結果の情報などがありましたら併せて患者様にご持参いただきますようお願いいたします。

◆検査結果

原則として、翌週月曜日(休日の場合は火曜日)に紹介元医療機関様へ検査結果報告書とCD-ROMを郵送いたします。

◆予約の変更・キャンセル

検査前日の午前中までに必ず地域医療総合窓口あったかサポートセンターまでご連絡下さい。

検査薬「フルテメタモル(¹⁸F)」は、受診される方の検査時間に合わせて事前に製剤します。この検査薬は短時間で減衰するため、予約時間に遅れた場合は検査を行う事ができません。

ご連絡なくキャンセル、また受付時間までにお越しただけない場合は、キャンセル料として薬剤費(実費相当)をご負担していただく場合がございます。



公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院
地域医療総合窓口あったかサポートセンター



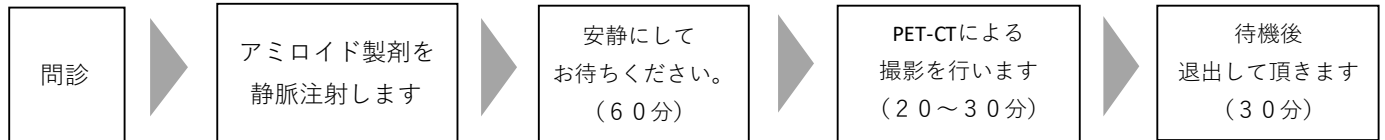
アミロイドPET 予約票

別紙1

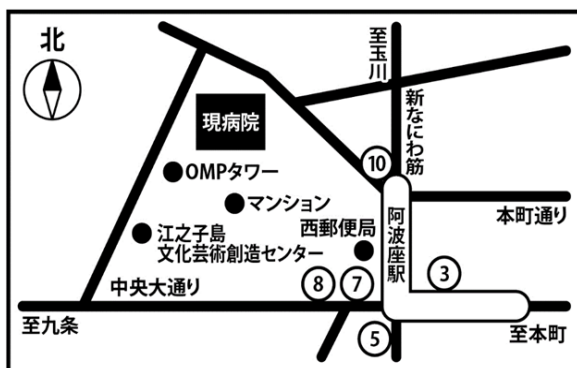
検査当日は予約日時の15分前までに2階あったかサポートセンターまでお越しください。

フリガナ					
お名前					
検査予約日時	年	月	日	AM・PM	時 分

検査の流れ



注意事項	●検査前日・当日のお過ごし方、食事について ・検査前の絶飲食は必要ありません。 ●内服について ・普段服用されているお薬は内服していただいて結構です。 ●その他 ・来院出来ない場合や検査に遅れる場合はあったかサポートセンターまでご連絡ください。 ・撮影は約30分程度で終了しますが、痛みなどで長く仰向けに寝ることが困難な方はご相談ください。 ・一人で検査が受けられない方は付き添いをお願いいたします。 ・検査は前後準備を含めると約3時間かかりますので、当日の日程には十分余裕をもってお越しください。 ●予約変更・キャンセルについて ・検査前日の午前中までに地域医療総合窓口あったかサポートセンターまでご連絡下さい。 ・ご連絡なく、キャンセルされた場合、薬剤費（実費相当）をご負担していただく場合がございます。
ご持参物	●アミロイドPET予約票（当用紙） ●アミロイドPET診療情報提供書（別紙2） ●アミロイドPET検査説明書兼検査同意書（別紙3） ●マイナンバーカードまたは健康保険証



- 大阪メトロ(地下鉄)
中央線「阿波座駅」・千日前線「阿波座駅」
⑦⑧⑩番出口より徒歩5分
(エレベーターは③⑤番出口)
- お車でのお越しの場合
本町通り沿い、北側正面より
地下駐車場にご入場ください。



公益財団法人 日本生命済生会
日本生命病院



地域医療総合窓口 あったかサポートセンター
電話 06-6443-3446(代) FAX 06-6443-3585

アミロイドPET 診療情報提供書

別紙2

年 月 日

フリガナ			男 ・ 女	医療機関名	
お名前				所在地	
生年月日	T・S・H・R・西暦	年	月	日(歳)	電話
住所	〒				FAX
TEL			職業		診療科
					医師名
検査予約日時	年		月	日	AM ・ PM 時 分

確認事項	感染症	有 ・ 無 →有の場合、感染症の種類 ()
	閉所恐怖症	有 ・ 無
	A D L	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
	20分間の静止	可 ・ 不可 (検査できません)
	脳卒中 (脳梗塞、脳出血等) の既往歴	有 ・ 無 →有の場合 病名： 【 年 月 日】
チェック項目	☐ 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。 ☐ 1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を実施している。 ☐ 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。 ※下記へスコアおよび施行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】 ☐ 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。 ※上記に準拠していない場合は検査をお引き受けできません。	
臨床診断		
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可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	
持参画像	CT ・ MRI ・ RI ・ その他()	
臨床経過 ・ 既往歴		



公益財団法人 日本生命済生会

日本生命病院

地域医療総合窓口

あったかサポートセンター



電話 06-6443-3470 FAX 06-6443-3585

【医療機関様専用直通番号(平日8:30~19:00)】

フルテメタモル (^{18}F) によるアミロイドPET検査説明書兼検査実施同意書

検査目的:①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です。

②認知症には多くの原因疾患や病態があり、最も多いのはアルツハイマー病です。アルツハイマー病は脳内にアミロイド β プラークが溜まることを特徴としています。ただし、アミロイド β プラークが溜まっても、アルツハイマー病による認知症になるとは限りません。逆に、アミロイド β プラークが溜まっていない場合は、認知症の原因がアルツハイマー病である可能性が低いと考えられます。

検査方法:①検査に用いる薬剤は、脳内のアミロイド β プラークと結合する放射性同位元素を含んだ検査用医薬品「フルテメタモル (^{18}F)」です。

②本薬剤を静脈内注射後、約60～120分間安静を保っていただき、この間に薬が脳内のアミロイド β プラークと結合します。

③撮像のためPET装置のベッドで横になり、頭が動かないように軽く固定されます(約20分間)。

④来院されてから検査終了まで3時間ほどかかります。検査前後での飲水や食事、服薬の制限は不要です。

被曝線量:アミロイドPET検査の被ばく線量は、1回185MBq使用当たり、約4.8mSv(ミリシーベルト)です。これは胃のX線透視検査と同程度であり、この線量で急性の放射線障害が起きる可能性は全くなく、将来のがん発生の可能性もほとんどありません。

注意事項:フルテメタモル(^{18}F)は高額な医薬品でかつ使用期限が非常に短いため取り置くことができません。そのため検査の都合が悪くなった場合、検査前日の午前中までに必ずご連絡ください。ご連絡なくキャンセルされた場合、薬剤費(実費相当)をご負担して頂く場合がございます。

その他:何か不明な点がありましたらお問い合わせください。

連絡先:公益財団法人 日本生命病院 TEL 06-644-33-446(代表) 【月曜日～金曜日 8:30～17:00】

-----検査同意書-----

日本生命病院 院長 殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明医師

[患者様]

私は、フルテメタモルPET検査を受けることの必要性について、検査依頼担当の医師から説明を受け理解しました。フルテメタモルPET検査を受けること、及び当日の検査機器不良や悪天候による薬剤入手困難時等により検査を実施できない場合、中断する場合があることについて同意します。

年 月 日

本人

☐ 本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等

(本人との関係)

2024 年 1 月 初 版

フルテメタモル (^{18}F) によるアミロイドPET検査説明書兼検査実施同意書

検査目的:①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です。

②認知症には多くの原因疾患や病態があり、最も多いのはアルツハイマー病です。アルツハイマー病は脳内にアミロイド β プラークが溜まることを特徴としています。ただし、アミロイド β プラークが溜まっても、アルツハイマー病による認知症になるとは限りません。逆に、アミロイド β プラークが溜まっていない場合は、認知症の原因がアルツハイマー病である可能性が低いと考えられます。

検査方法:①検査に用いる薬剤は、脳内のアミロイド β プラークと結合する放射性同位元素を含んだ検査用医薬品「フルテメタモル (^{18}F)」です。

②本薬剤を静脈内注射後、約60～120分間安静を保っていただき、この間に薬が脳内のアミロイド β プラークと結合します。

③撮像のためPET装置のベッドで横になり、頭が動かないように軽く固定されます(約20分間)。

④来院されてから検査終了まで3時間ほどかかります。検査前後での飲水や食事、服薬の制限は不要です。

被曝線量:アミロイドPET検査の被ばく線量は、1回185MBq使用当たり、約4.8mSv(ミリシーベルト)です。これは胃のX線透視検査と同程度であり、この線量で急性の放射線障害が起きる可能性は全くなく、将来のがん発生の可能性もほとんどありません。

注意事項:フルテメタモル(^{18}F)は高額な医薬品でかつ使用期限が非常に短いため取り置くことができません。そのため検査の都合が悪くなった場合、検査前日の午前中までに必ずご連絡ください。ご連絡なくキャンセルされた場合、薬剤費(実費相当)をご負担して頂く場合がございます。

その他:何か不明な点がありましたらお問い合わせください。

連絡先:公益財団法人 日本生命病院 TEL 06-644-33-446(代表) 【月曜日～金曜日 8:30～17:00】

検査同意書

日本生命病院 院長 殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明医師

[患者様]

私は、フルテメタモルPET検査を受けることの必要性について、検査依頼担当の医師から説明を受け理解しました。フルテメタモルPET検査を受けること、及び当日の検査機器不良や悪天候による薬剤入手困難時等により検査を実施できない場合、中断する場合があることについて同意します。

年 月 日

本人

☐ 本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等

(本人との関係)