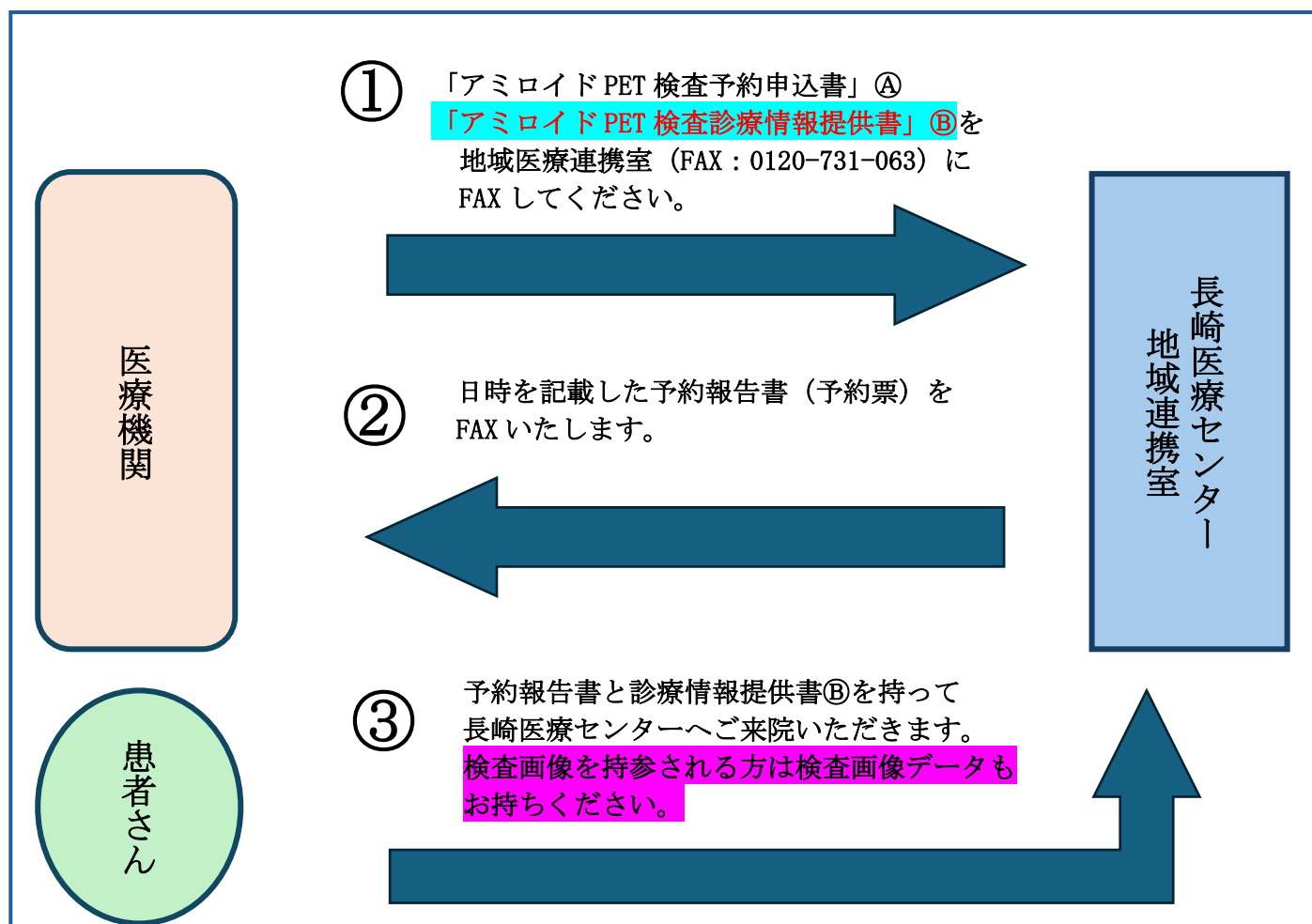


1 アミロイド PET 検査予約方法について

【ご予約方法について】



【保険適応等・検査注意事項等のお問い合わせ先】

PET センター

TEL : 0957-52-3121

(内線 3052)

地域医療連携室 TEL : 0957-46-9004 (問い合わせ・資料請求)

FAX : 0120-731-063 (予約用)

予約受付時間 平日 (月～金) 8:30 ～ 16:30

休 診 日 土曜日、日曜日、祝日、年末年始 (12 月 29 日～1 月 3 日)



独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター

地域医療連携 アミロイドPET 検査 予約申込書 ④

紹介先医療機関名 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室 御中
FAX : 0120-731-063 TEL : 0957-46-9004

記入日 : 西暦 年 月 日

FAX1

紹介元

医療機関 :

患者情報 :

名称			
所在地			
TEL・FAX	TEL :	FAX :	
診療科・主治医名	診療科 :	主治医名 :	
フリガナ			
患者氏名			
生年月日・性別	西暦 年 月 日 (歳)	男 ・ 女	
住所	〒		
TEL	* 検査前日にお電話でお知らせいたします。その際の連絡がつく 電話番号の記入をお願いします。 (前日が休日の場合は、休日前にお電話いたします) ① () ②(予備) ()		
当院受診歴	無 ・ 有 (ID:) * お分かりになりましたら、 長崎医療センターの患者 ID をご記入ください。		

* 変更・キャンセル等は、前日の午前中までに地域連携室にご連絡ください。
* 検査希望日の 3 日前 (15:00) までにお申し込みください。

検査希望日 (※ 薬剤調達の都合により検査は、水曜、金曜の午後のみです。)

「最短の日程を希望する」に○を付ける または 第 1 希望、第 2 希望をご記入ください。

・ 最短の日程を希望する

・ 第 1 希望 : 西暦 年 月 日 (水曜 14:00 ・ 水曜 14:30 ・ 金曜 14:30)

・ 第 2 希望 : 西暦 年 月 日 (水曜 14:00 ・ 水曜 14:30 ・ 金曜 14:30)

予約枠 : 水曜日 来院時間 13 : 30 検査開始時間 14 : 00

水曜日 来院時間 14 : 00 検査開始時間 14 : 30

金曜日 来院時間 14 : 00 検査開始時間 14 : 30

* 検査開始時間の 30 分前にご来院ください。

* 検査後の検査結果運用について、いずれかに「✓」を入れてください。

☐ CD/DVD・レポートを翌営業日に郵送

☐ 画像・レポートは、あじさいネットで確認 (レポートのみ郵送)

※検査当日に、画像・レポートをお渡しすることはできません。

地域医療連携 アミロイド PET 検査 診療情報提供書 ②

紹介先医療機関名 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 地域医療連携室 御中
FAX : 0120-731-063 TEL : 0957-46-9004

記入日：西暦 年 月 日

FAX2

患者氏名：() 生年月日：西暦 年 月 日

紹介元医療機関名：
診療科：
主治医名：

* FAX 送信後、捺印していただき「診療情報提供書」としてご本人に持たせてください。

* 保険適応については、厳密に定められております。検査担当医が適応外と判断した場合は、折り返しご連絡いたします。

検査目的	<p>下記項目から該当するものを選択して下さい</p> <p><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬治療前評価 ※保険による実施が初回</p> <p><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬再開時評価 ※初回投与から 18 ヶ月を超えていること (初回投与： 年 月 日) ※再開の根拠などを「臨床経過等」にご記載下さい</p> <p><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬治療後評価 ※ドナネマブ製剤のみ（レカネマブ製剤対象外） ※該当する目的を下記より選択して下さい（それぞれの場合につき 1 回のみ算定可能）</p> <p><input type="checkbox"/> 治療終了の可否の判断のため（投与開始後 12 ヶ月を目安に行うもの）</p> <p><input type="checkbox"/> 18 ヶ月を超える投与継続を検討するため</p>																						
適応詳細 (必須項目)	<p>下記の全ての項目を満たす必要があります。満たさない場合は保険適用外となり検査不可です。</p> <p><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬による治療意思が患者本人及び家族に確認されている</p> <p><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬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</p> <p><input type="checkbox"/> 1.5T 以上の頭部 MRI 検査を実施しており、抗アミロイドβ抗体薬の禁忌に該当しない</p> <p><input type="checkbox"/> 脳脊髄液検査(CSF)を行っていない。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている</p> <p>認知機能評価 MMSE 【 点】【 年 月 日】（レカネマブ：22 以上） (ドナネマブ：20～28)</p> <p>臨床認知症尺度 CDR 【 点】【 年 月 日】(0.5 または 1)</p>																						
提供予定の 検査画像	<p><input type="checkbox"/> <u>頭部 MRI(必須)</u> <input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ <input type="checkbox"/> ドパミントランスポータシンチグラフィ</p> <p><input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチグラフィ <input type="checkbox"/> 頭部 CT <input type="checkbox"/> その他 ()</p>																						
確認事項	<table border="1"> <tr> <td>身長 / 体重</td><td>身長 (cm) / 体重 (kg)</td></tr> <tr> <td>仰臥位 20 分間静止</td><td><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可の場合、検査できません)</td></tr> <tr> <td>1 時間程度の待機</td><td><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可の場合、介助者が必要になります)</td></tr> <tr> <td>現在の状況</td><td><input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 (入院の場合 DPC 対象病院か→[はい ・ いいえ])</td></tr> <tr> <td>酸素</td><td><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (L)</td></tr> <tr> <td>アルコール過敏症</td><td><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状：)</td></tr> <tr> <td>閉所恐怖症</td><td><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</td></tr> <tr> <td>感染症</td><td><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()</td></tr> <tr> <td>移動方法</td><td><input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー</td></tr> <tr> <td>更衣・排泄</td><td><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (介助の場合、介助者が必要になります)</td></tr> <tr> <td>妊娠・授乳</td><td><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (妊娠、授乳中の場合は連絡してください)</td></tr> </table>	身長 / 体重	身長 (cm) / 体重 (kg)	仰臥位 20 分間静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可の場合、検査できません)	1 時間程度の待機	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可の場合、介助者が必要になります)	現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 (入院の場合 DPC 対象病院か→[はい ・ いいえ])	酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (L)	アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状：)	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	更衣・排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (介助の場合、介助者が必要になります)	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (妊娠、授乳中の場合は連絡してください)
身長 / 体重	身長 (cm) / 体重 (kg)																						
仰臥位 20 分間静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可の場合、検査できません)																						
1 時間程度の待機	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可の場合、介助者が必要になります)																						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 (入院の場合 DPC 対象病院か→[はい ・ いいえ])																						
酸素	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (L)																						
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状：)																						
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																						
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()																						
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー																						
更衣・排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (介助の場合、介助者が必要になります)																						
妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (妊娠、授乳中の場合は連絡してください)																						
臨床経過等																							

アミロイド PET 検査を依頼される医療機関様へ

この度はアミロイド PET 検査をご予約いただき誠にありがとうございます。
 注意事項は下記の通りとなっております。必ずお守りいただくようお願いいたします。
 ご不明な点がございましたら、PET センター (TEL: 0957-52-3121 [内線:3052]) まで
 ご連絡ください。

—検査にあたっての注意事項—

- アミロイド PET 検査の保険適用は以下の通りです (保険適応外の検査は実施不可)。
- ・抗アミロイド β 抗体薬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)の両方を満たすこと
 - (a)認知機能評価 MMSE スコア 22 点以上 (レカネマブ)、20～28 点 (ドナネマブ)
 - (b)臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 0.5 又は 1
 - ・脳脊髄液検査(CSF)を行っていない
 - ・検査目的が以下のいずれかに該当している

(a)抗アミロイド β 抗体薬治療前評価 ※保険による実施が初回	
(b)抗アミロイド β 抗体薬再開時評価 ※初回から 18 か月を超えていること	
(c)抗アミロイド β 抗体薬治療後評価 ※ドナネマブ製剤のみ	治療終了の可否の判断のため (投与開始後 12 か月を目安に行うもの)
※それぞれの場合につき 1 回のみの算定	18 ヶ月を超える投与継続を検討するため

○頭部 MRI 検査画像の提供ができること (必須)

※ 他の検査画像 (CT・核医学画像等) がある場合は提供にご協力ください

○当院で同日に他検査、診察依頼を申込まないこと

—対象患者について—

1. 原則、自立歩行または車椅子移動が可能な患者となります。
2. 妊娠中や妊娠の可能性のある場合は、事前にご連絡ください。
3. 閉所恐怖症の方、1 人で 1 時間以上安静が保てない方は、事前にご連絡ください。
4. 乳児との密接な接触は 12 時間後まで避けるようお願いいたします。
5. 授乳は 24 時間後まで不可となります。

アミロイド PET 検査を受けられる患者様へ

1. 放射線被ばくについて

検査に用いる放射性医薬品（検査薬）は微量で、被ばくも少ないため放射線による障害の事例は発生していません。被ばくについてご心配な方、妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、授乳中の方はその旨を申し出て、医師とご相談ください。

検査薬を投与した後は、身体から微量の放射線が放出されています。周りの方々への無用な放射線被ばくを防ぐため、検査当日は他者（特に乳幼児、妊娠中の方）との長時間の接触をできるだけお控えください。

2. 副作用について

今回の検査で使用する検査薬は、重大な副作用としてアナフィラキシーショック(0.2%,1000人に2人の頻度)、その他の副作用として、紅潮、血圧上昇、悪心、胸部不快感(1~5%未満の頻度)、そう痒感、倦怠感、頭痛、浮動性のめまい(0.5~1%未満の頻度)などが報告されています。また、エタノールを含有している為、アルコールに対し強い反応を示す方はあらかじめ依頼元施設にお知らせください。

投与時は十分に観察を行い、副作用が発生した場合は医師により迅速に処置を講じます。予想外の突発的な緊急事態が発生し説明する時間的余裕がない場合は、救命のために緊急処置を行うことがあります。その場合の費用は通常の診療と同様に保険診療となります。

3. 検査の費用、キャンセルについて

検査費用は3割負担：7.5万円程度、1割負担：2.5万円程度となります。

検査薬は投与できる有効期限が検査日限りです。そのため、

検査日の予約の変更及びキャンセルは、原則できませんのでご了承ください。

予約の変更は、検査前日（土日祝日の場合は休前日）の午前中までに

- ① 長崎医療センター PET センター（0957-52-3121 [内線 3052]）
 - ② 予約を取られた医療機関
- の双方にご連絡ください。

※それ以降のキャンセルは検査薬の費用をお支払いいただく場合があります。

（検査薬費用：197,000円程度）

4. 検査当日の流れについて

別紙（患者説明書2）を参照。

5. 検査データについて

当院は、医療の発展の為に研究・発表を行っています。診療記録（各種検査結果・検査で得られた画像などの医療情報）を、匿名化した状態で利用する事があります。

アミロイド PET 検査を受けられる患者様へ（当日の流れ）

【アミロイド PET 検査について】

アルツハイマー病は、脳内にアミロイドプラークと呼ばれる物質がたまることが原因のひとつと考えられています。アミロイド PET という検査を行うことで、このアミロイドプラークが脳内にたまっているかがわかります。認知症には、アルツハイマー病以外にも原因となる病気はいくつか知られています。認知症がアルツハイマー病なのかそれ以外なのかを調べることは、治療方針の決定や今後の経過を予測する上で重要です。アミロイド PET によって、今までの方法よりも正確に認知症の原因が推定できるものと期待されています。

なお PET 検査は、一般にがんの検査としてよく用いられています。しかし今回は、検査で使う検査薬の種類が異なるため、がんについてはわかりません。

【検査の流れについて】

この検査において、食事制限はありません。いつも通りの食事をしてください。
薬の制限もありませんので、常用薬がある方はいつも通りに使用してください。

予約時間の 30 分前に総合受付にて受付を済ませ、**1 階 放射線科受付**へお越しください。
担当の職員が PET センターへご案内いたします。

※来院時間にご注意ください。検査薬の性質上、時間に遅れると検査できない可能性があります。

※検査の準備等によりお待ちいただく時間が長くなる場合がございます、ご了承ください。

当日のスケジュールの目安

来院後は看護師により検査説明・問診を行います。

検査は検査薬を注射し、待機室にて 90 分間安静、その後撮影室にて 20 分間の撮影となります。

撮影後は待機室へ戻り更衣など済ませ、注射 2 時間後に検査終了となります。

13:30	14:00	15:30	15:50	16:00	
来院	検査着へ 更衣	注射	90 分間 安静待機	20 分間 撮影	更衣 など
				終了 予定	お会計

14:00	14:30	16:00	16:20	16:30	
来院	検査着へ 更衣	注射	90 分間 安静待機	20 分間 撮影	更衣 など
				終了 予定	お会計