

脳アミロイドPET-CT 診療情報提供書

紹介元医療機関名

電話番号

診療科

紹介医お名前

印

患者様情報

予約日時	年	月	日()	午後	時	分
ふりがな						
患者様お名前	様			性別	男・女	
生年月日	年	月	日()	歳		
患者様住所(〒 -)						
電話番号	ご自宅:	-	-	携帯電話:	-	-
当日同伴される方の電話番号				-	-	-

診断病名・検査目的・経過 (必須)

診断病名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害(認知症の前の段階) <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害の疑い								
検査目的	<input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ投与の要否を判断する目的(レカネマブ・ドナネマブ初回投与) <input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬の投与開始後12ヶ月を目安に投与完了の可否を検討(ドナネマブ) <input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬の投与開始後18ヶ月を超える投与継続の可否を検討(ドナネマブ) <input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬の投薬中止後に初回投与から18ヶ月を超えての再開(※に根拠の記入)								
保険適用	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関は「抗アミロイドベータ抗体薬に係る最適推進ガイドライン」に準拠している施設である								
	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関において1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を行っている								
	<input type="checkbox"/> 脳脊髄液検査(CSF)を行っていない								
	<input type="checkbox"/> 認知機能の低下及び臨床症状の範囲が以下のMMSスコアとCDRスコア両方を満たしている レカネマブ投与予定 <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>・ MMSスコア(22点以上)</td> <td>【</td> <td></td> <td>点】</td> </tr> <tr> <td>・ CDR全般スコア(0.5または1)</td> <td>□0.5</td> <td>□1</td> <td></td> </tr> </table>	・ MMSスコア(22点以上)	【		点】	・ CDR全般スコア(0.5または1)	□0.5	□1	
・ MMSスコア(22点以上)	【		点】						
・ CDR全般スコア(0.5または1)	□0.5	□1							
※	ドナネマブ投与予定 <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>・ MMSスコア(20点以上28点以下)</td> <td>【</td> <td></td> <td>点】</td> </tr> <tr> <td>・ CDR全般スコア(0.5または1)</td> <td>□0.5</td> <td>□1</td> <td></td> </tr> </table> 抗アミロイドベータ抗体薬の投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合、本検査が必要と判断した医学的根拠を記入下さい	・ MMSスコア(20点以上28点以下)	【		点】	・ CDR全般スコア(0.5または1)	□0.5	□1	
・ MMSスコア(20点以上28点以下)	【		点】						
・ CDR全般スコア(0.5または1)	□0.5	□1							



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター
 〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38
 TEL 0773-23-6650(予約直通)
 FAX 0773-23-6653

脳アミロイドPET/CT検査予約票

検査当日は予約時間の30分前までに京都ルネスクリニック1階受付にお越しください。

予約日時	年	月	日()	午後	時	分
ふりがな						
患者様お名前	様			性別	男・女	
生年月日	年	月	日(歳)			

〈検査当日ご持参いただくもの〉

- 健康保険証並びに各種受給者証
- PET/CT検査予約票(本紙)
- PET/CT検査問診票・検査同意書
- 主治医から預けられた診療情報提供書及びMRI画像データ
- 算定入院基本料等の情報提供書(入院中の場合)

検査についての注意事項(必ず検査前日にもう一度ご確認ください。)

1. 検査前日・当日の下剤の服用は控えてください。それ以外の薬の服用に関してなど詳しくは主治医の指示に従ってください。
2. 当院では本人の他にご家族様などの同伴者をお願いしています。特に車いすなど移動が困難な方、トイレやおむつ交換など、介助の必要な方は原則としてご家族様でお願いします。
3. 妊娠中またはその疑いのある方、授乳中の方は検査できません。
4. 検査時間は約2～3時間です。
5. 検査はすべて予約制になっておりますので、時間に余裕をもってご来院ください。
6. 脳アミロイドPET/CT検査は、高価な薬剤を検査日時に合わせて用意いたします。当日の予約時間に遅れたり、来られない場合、薬剤が無駄になってしまいます。もしキャンセルされる場合は必ず3日前までにご連絡ください。直前までの緊急のキャンセルの場合においても、必ずご連絡ください。無断での遅刻やキャンセルの場合は薬剤代として20万円程度のご負担をさせていただきます。



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター

〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38

TEL 0773-23-6650(予約直通)

FAX 0773-23-6653

アミロイドPET/CT検査問診票・検査同意書(患者様用)

問診票

お名前	生年月日	年齢	性別	身長(cm)	体重(kg)

1.	極端にお酒に弱い、またはアルコールアレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2.	閉所恐怖症はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3.	現在、妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4.	現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

* 上記問診の回答内容によっては検査が出来ない場合がありますので、ご了承ください。

同意書・承諾書

① 検査に使用するお薬について

極度のアルコールアレルギーのある場合を除き、薬剤による副作用は報告はこれまでされていません。

② 被ばくについて

PET/CTの被ばく線量は約4～30mSv(ミリシーベルト)です。

受けた放射線の量が100ミリシーベルト未満であれば、放射線検査を受けた人も受けなかった人も、疫学的には発がん率や遺伝的な影響の差は認められないと言われております。

しかし、いくら少ない量の放射線でも体への影響はゼロではない事をご理解ください。

当院では診断に支障が出ない範囲で放射線の量を可能な限り低くして撮影しております。

③ 検査薬剤は検査時間に合わせ各患者様専用にご用意しております。かなり高価な薬剤の為、予約時間に遅刻された場合や無断でキャンセルされた場合は、患者様に薬剤代として20万円程度のご負担をしていただきます。

・脳アミロイドPET/CT検査について説明を受け、目的・検査についての注意事項及び上記内容を理解した上で検査を受けることに同意いたします。

・無断で検査をキャンセルした場合においては、薬剤代相当を負担することに承諾します。

年 月 日 署名

代理人が署名する場合は、本人との関係を明記してください。



京都ルネスクリニック PET総合画像診断センター

〒620-0054 京都府福知山市末広町1-38

TEL 0773-23-6650(予約直通)

FAX 0773-23-6653

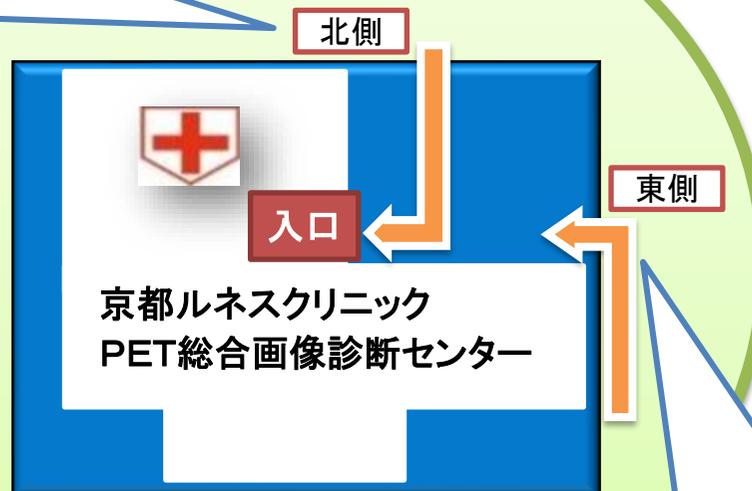


北側

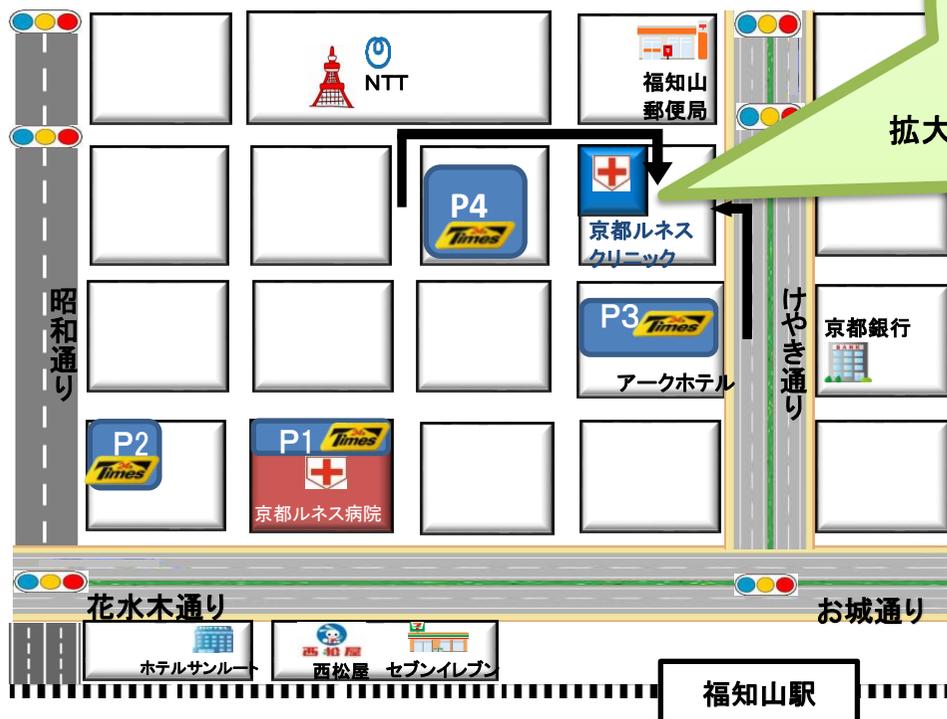
P4からお越しの方は、旧病院看板を矢印の方向にお進みください。

当日は京都ルネスクリニック
PET総合画像診断センター
へお越しください。

拡大地図



京都ルネスクリニック
PET総合画像診断センター



東側

P3からお越しの方は、旧京都ルネス病院
正面玄関を通り過ぎてすぐの駐輪場を矢印の方向にお進みください。