



# アミロイド PET-CT 依頼書

|                                       |   |   |  |
|---------------------------------------|---|---|--|
| フリガナ                                  | 必ずご記入ください   |   |  |
| 患者氏名<br>(漢字)                          | 身長                      cm                      体重                      kg  |   |  |
| 性別                                    | 男                      ・                      女   | 医療機関  |  |
| 生年月日                                  | 年                      月                      日   | 診療科   |  |
| 連絡先<br>※日中、連絡のとれる<br>電話番号をご記入く<br>ださい | <div>[携帯]</div> <div>—                      —</div> <div>[自宅・勤務先]</div> <div>—                      —</div>   | <div>主治医</div> <div>※フルネームで<br/>ご記入ください</div> |  |
| 臨床診断名                                 | ※貴院のカルテ・レセプトにも同一<br>の病名記載が必要です  |   |  |
| 投与予定薬剤                                | <input type="checkbox"/> レカネマブ（レケンビ） <input type="checkbox"/> ドナネマブ（ケサンラ）   |   |  |
| 依頼目的                                  | <input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬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ため<br><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の投与開始後12か月を目安に、投与完了の可否を検討するため<br><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の投与開始後18か月を超えて投与を継続することを検討するため |   |  |
|                                       | 現病歴、治療歴、腫瘍マーカーの推移、既往歴など、出来るだけ詳細にご記入ください   |   |  |

検査前確認事項 (【 】に記載、チェックをお願いします)

- 【 】 紹介元医療機関が抗アミロイドβ抗体薬に係る最適使用推進ガイドラインを準拠している施設である
- 【 】 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
- 【 】 頭部 MRI で抗アミロイドβ抗体薬の禁忌に該当していない※MRI 画像データを必ず持参してください
- 【 】 認知機能評価 MMSE スコア【 】 点】（レカネマブ：22 点以上、ドナネマブ：20～28 点）  
(測定日 / / )
- 【 】 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア【 】 0.5 または 1（測定日 / / ）
- 【 】 脳脊髄液検査を行っていない

【移動手段】 歩行・杖・車椅子・ストレッチャー（車椅子・ストレッチャーの患者さんは状態によりご家族の同伴をお願いする場合があります）

[ADL] 介助不要・一部介助・全介助 [排泄] 自立 導尿 オムツ 人工肛門

[検査体位（仰臥位 30 分）の保持] 可 ・ 不可

【閉所恐怖症】 無 ・ 有 （鎮静剤： 不要 ・ 要 ） 【妊娠の可能性】 無 ・ 有

[アルコールアレルギー] 無 ・ 有

【糖尿病】 無 ・ 有 (内服: インスリン: )

【現在の状況】 通院 ・ 入院中（持続点滴： 無 ・ 有 ）

【ペースメーカー】 無 ・ 有 手帳のコピーを FAX してください

【感染症】 HBV ( ) HCV ( ) HIV ( ) その他 ( )

檢查預約日時 西曆 年 月 日 時 分

※当日は上記予約時間の 30 分前に 2 階総合受付にお越しください。



## アミロイド PET-CT 検査 問診票

回答日： 年 月 日

ふりがな

身長： cm 体重： kg

氏名：

生年月日： 年 月 日

次の問いにお答えください

問1. 主治医に抗アミロイド $\beta$ 抗体薬治療の内容、安全性に関する説明を受けており、治療を受ける意思がありますか。

はい いいえ

問2. 過去に大きな病気で治療や手術を受けたことがありますか。

はい ( ) いいえ

問3. 現在服用している薬はありますか。(お薬手帳を持参して下さい。)

はい (薬名 ) いいえ  
( )

問4. 心臓ペースメーカー、ボルト、クリップ、ステント、インプラントなど体内に金属がありますか。(ペースメーカー手帳を所持している方は持参して下さい)

はい ( ) いいえ

問5. 薬やアルコール、食品等でアレルギーを起こしたことはありますか。

はい ( ) いいえ

ご不明な点は「PET-CT 室」までお問い合わせください。

神戸低侵襲がん医療センター PET-CT 室 平日 9:00~17:00

TEL: 078-304-4100



## 神戸低侵襲がん医療センターへのアクセス方法

### JR・電車・バスをご利用の方

#### 「三宮」駅からのアクセス

ポートライナーを利用して「神戸空港」行き、「北埠頭」行きにご乗車ください。

「市民広場」駅で下車（三宮駅より約 10 分）。歩道橋を南西に約 5 分。

### お車をご利用の方

阪神高速 3 号線「生田川」IC、「京橋」IC より、神戸大橋を渡り約 10 分。

※神戸大橋を渡り、南に真っ直ぐ突き当たり（T 字路）まで行き、右折。

※三宮東の港島トンネルもご利用できます。

神戸低侵襲がん医療センター周辺地図



〒650-0046

兵庫県神戸市中央区港島中町 8-5-1

地域医療連携室

TEL : 078-304-5480 FAX : 078-304-7782

## アミロイド PET-CT 検査予約用紙（検査をお受けになる方へ）

**来院時間** ※診察券をお持ちでない方

検査予約時間の 30 分前に 2 階総合受付へお越しください。

※診察券をお持ちの方

検査予約時間の 30 分前に 1 階又は 2 階の再来受付機で受付を済ませ、1 階⑤受付へお越しください。

### ご注意

- ・完全予約制となっています。予約時間に遅れないようにお越しください。
- ・検査費用は 3 割負担の場合、約 75,000 円です。
- ・クレジットカードでのお支払いもご利用いただけます。
- ・ご自身の都合でキャンセルされる場合は、主治医に相談をして、主治医から直接キャンセルの連絡を頂くことが原則となっております。  
この場合、キャンセル料が発生することがあります。あらかじめご了承ください。
- ・医師から処方された常備薬は服用していただけます。
- ・精密機械による検査となります。機械の都合上、予定通りに検査ができないことや、延期させていただく場合もありますのでご了承ください。
- ・薬剤の注入時間から検査終了まで全患者様のスケジュールが決まっています。万が一、患者様のご都合でスケジュールに支障をきたすと判断した場合は検査を中止もしくは延期とさせていただく場合があります。あらかじめご了承ください。
- ・使用する薬剤には少量のエタノールが含まれていますので、アルコールに対し強い反応がある方、アレルギー反応のある方はお申し出ください。
- ・アナフィラキシーを起こすことがあります。問診を十分に行い、薬剤投与後は十分に観察し呼吸困難、胸部圧迫感などの症状が認められた場合には適切な処置を行います。
- ・妊娠している方は検査できません。妊娠中または妊娠の可能性のある方は必ず検査前に主治医にお申し出ください。
- ・閉所恐怖症の方または閉所恐怖症と思われる方は、お申し出ください。

**所要時間** 検査には 2 時間半～3 時間 かかります。

**受付場所** 神戸低侵襲がん医療センター 2 階 総合受付  
電話番号：078-304-4100（平日 8：15～17：00）

**持参するもの**

- ・主治医からの紹介状 ・ CD-ROM（MRI 画像データは必ず持参してください）
- ・保険証もしくはマイナンバーカード
- ・検査費用
- ・お薬手帳または説明書
- ・必要な方は、ペースメーカー手帳、ストマ用パウチの予備、痛み止め、咳止め、オムツ  
ウィッグの代わりの金属類のない帽子

ご不明な点につきましては、PET-CT 室までお問い合わせください。

## アミロイド PET-CT 検査に関する説明書（必ずお読みください）

### 【アミロイド PET-CT 検査について】

この検査は、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の検査です。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を肘の静脈から注射します。この薬剤は脳内のアミロイドβプラークと結合する性質があるため、アミロイドβプラークが溜まっている程度を高い精度で診断することができます。

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。アルツハイマー病以外の認知症や正常な高齢者にもアミロイドβプラークが溜まる場合があります。アルツハイマー病かどうかは、症状や他の検査結果を併せて医師が総合的に判断します。

### 【検査の方法】

この検査はアミロイドイメージング剤を静脈注射し、60分の安静後、約30分間頭部のPET画像とCT画像を撮影します。その後30分ほど休憩して頂き退出となります。

### 【検査の安全性と危険性について】

- ・この薬剤による副作用は稀です。しかし、個人差により静脈へ針を刺すときの痛みや、薬剤が血液の中に入っていく時の血管の反応などで、気分が悪くなる場合があります。また少量のエタノールが含まれておりアルコールに対し強い反応がある方、アレルギー反応がある方はお申し出ください。
- ・この薬剤の投与で稀ですがアナフィラキシーを起こすことがあります。問診を十分に行い、投与後は十分に観察し呼吸困難、胸部圧迫感などの症状が認められた場合には適切な処置を行います。
- ・アミロイド PET-CT 検査 1 回の被ばく量は胃透視（胃バリウム検査）とほぼ同程度です。この線量で放射線障害が起きることはありません。（ただし、妊娠されている方は検査ができません。）

ご不明な点は「地域医療連携室」までお問い合わせください。

神戸低侵襲がん医療センター 地域医療連携室 平日 8:30～17:00

TEL : 078-304-5480 FAX : 078-304-7782