

# ① アミロイドPET/CT検査診療情報提供書

(お申込みの方法) コールセンターのフリーダイヤルに電話して検査日時をご予約下さい。

予約受付

TEL 0120-169-984 FAX 0836-54-0221

月～金 9:00～17:00

土 9:00～12:00

(お申し込みは、祝日を除く)

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 予約日時  | 年 月 日                    |                          | 時 分                      | 受付                       |
| 貴院ID  | フリガナ                     |                          | 性別                       |                          |
|   | 氏名                       |                          |                          |                          |
| 生年月日  | 年 月 日 ( )                |                          | 歳                        |                          |
| 電話番号  | 自宅 ( )                   |                          | 携帯 ( )                   |                          |
| 医療機関名   |                          |                          | 科                        | 医師                       |
| <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自費 |                          |                          | 医師連絡先                    |                          |
| 診断名は必ずご選択ください。  |                          |                          |                          |                          |
| 診断名:  | アルツハイマー病による              | <input type="checkbox"/> | 軽度認知障害(MCI)              | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 軽度の認知症                   | <input type="checkbox"/> |
| 検査目的:   | <input type="checkbox"/> | 抗体薬治療開始前                 | <input type="checkbox"/> | 抗体薬治療効果の評価               |
|   |                          |                          | <input type="checkbox"/> | 再開前の診断                   |
| 臨床経過など  |                          |                          |                          |                          |
| MMSEスコア ( )点 (レカネマブ: 22点以上、ドマネマブ: 20~28点)   |                          |                          |                          |                          |
| CDR全般スコア ( )点 (0.5又は1.0) ※それぞれ概ね1か月以内(治療効果確認時は不要)                                   |                          |                          |                          |                          |
| 検査前確認事項(該当する箇所には☑をしてください) *必ずご記入をお願いします   |                          |                          |                          | チェック                     |
| 貴院は厚生労働省の定める「レカネマブの最適使用推進ガイドライン」に準拠している施設である  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 貴院は厚生労働省の定める「ドマネマブの最適使用推進ガイドライン」に準拠している施設である  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 本検査はアルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ又はドマネマブ製剤の投与の要否を判断する目的である             |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 被検者はアミロイドβ病理確認するための脳脊髄液(CSF)検査を行っていない   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 患者情報  | 身長                       | cm                       | 体重                       | kg                       |
|   | 感染症                      | ( )                      |                          |                          |
|   | 30分静止<br>閉所恐怖症           | 移動<br>排尿<br>酸素投与 ( /min) |                          |                          |
| 女性のみ  | 妊娠の可能性:                  | 授乳:                      | 妊娠の可能性のある方は検査できません。      |                          |

## ②アミロイドPET/CT検査申込書

(日時ご記入の上、患者様にお渡しください)

検査日は 月 日 時 分 受付です。

受付時間までにセントヒル病院  
3階PETセンター受付までお越しください

### ① 検査について

健康保険証、主治医からお預かりした場合はCT等の検査データと本申込票をご持参ください。料金は、保険適用（3割負担）でPET/CT 約75,000円です。

検査所要時間は約2～3時間ですが、内容によって所要時間は異なります。

《キャンセルまたは日時の変更を希望される場合は、ご紹介元の医療機関にご相談ください。》

この検査は医療機関からのご依頼を受けた検査ですので、当院では検査結果についての説明は行いません。

検査結果はご紹介元の主治医の先生から説明を受けてください。

### ② 検査前の注意点

検査前の食事制限はありません。

検査前日・当日の運動・ジョギング、長時間の歩行等は控えてください。

妊娠の可能性のある方は検査できません。

授乳中の方は検査可能ですが、検査当日の授乳は避けてください。

### ③ 検査終了後は普段通りの生活で構いません。

## アミロイドPET(認知症)検査とは

- ・ アルツハイマー型認知症は、脳内にβアミロイドと呼ばれる特殊なタンパク質が蓄積をすることが発症につながるといわれています。
- ・ アミロイドPET/CT検査は、微量の放射線を出す診断用の薬（フルテメタモル-18F）注射することで、脳内に沈着したβアミロイドを可視化させ、蓄積の程度を確認します。この検査はアルツハイマー型認知症の診断に有用な検査のひとつです。
- ・ 検査は、注射をしてから約2時間で終了します。（全体として約3時間程度かかります）身体的な苦痛を伴う検査ではありませんが、撮影中（約30分間）は仰向けで動かないでください。

## アミロイドPET(認知症)検査を受けられる際の注意事項と連絡先

- ① 患者様の状況に応じてご家族の付き添いをお願いします。
- ② 検査薬が非常に高価な検査でありますので検査当日のキャンセルは出来るだけ避けていただけたらと思います。  
体調不良など都合が悪くなった場合は早めにご連絡ください。

セントヒル病院 セムイPET・画像診断センター  
フリーダイヤル：0120-169-984

# セントヒル病院までのアクセス



## 〈アクセス〉

- 宇部の各ICから車で約10分
  - 山口大学医学部附属病院から車で約20分
  - 新山口駅から車で約30分
  - 山口宇部空港から車で約15分
  - JR床波駅から車で約5分
  - 宇部市営バス萩原線 セントヒル病院バス停にて下車すぐ
- ※厚南セントヒル病院とお間違えのないように御来院下さい。

医療法人聖比留会 セントヒル病院 セムイPET・画像診断センター  
フリーダイヤル 0120-169-984 代表番号 0836-51-5111  
(月～金 9:00～17:00、土 9:00～12:00) 祝日を除く  
〒755-0155 山口県宇部市今村北3丁目7番18号

# ③アミロイドPET検査を受けられる方へ

## 検査の流れ

### 1. 検査前



検査前の食事制限はありません。

### 2. 受付



3FのPETセンター受付でお待ちしています。

### 3. 問診



看護師が病歴や体調などを伺います。

### 4. 注射



投与室で看護師が検査薬を静脈に投与します。

### 5. 安静



安静室で約90分安静に過ごしていただきます。検査薬が体に行き届くのを待つ時間です。

### 6. 撮影



約20～30分間動かないように撮影台で寝てもらいます。着替えの後、終了となります。

## 駐車場と受付のご案内について

新型コロナウイルス感染症対策として、当院では現在、出入口を1Fの正面玄関のみとさせていただきます。

お車は当院正面玄関前の外来駐車場、または当院建物の道路向かいに第2駐車場、第3駐車場がございますので、そちらにお停めください。

・正面玄関から入られましたら、総合受付があります。

・「セムイPET・画像診断センター」への案内図をお渡ししますので、お声かけください。

