

ID: \_\_\_\_\_

## 診療情報提供書（アミロイドPET検査依頼用）

検査予約日時：            年        月        日（        曜日）（午前・午後）    15時 00分

|         |  |                          |    |     |     |
|---------|--|--------------------------|----|-----|-----|
| 診療科     |  | 担当医師（フルネーム）              |    |     |     |
|         |  |                          |    |     |     |
| 紹介患者様氏名 |  | 生 年 月 日                  | 性別 | 身 長 | 体 重 |
| (フリガナ)  |  | 歳                        |    | cm  | kg  |
| 様       |  |                          |    |     |     |
| 住所 〒    |  |                          |    |     |     |
| TEL     |  | ☆患者様の連絡可能な電話番号を記載下さい（必須） |    |     |     |

保険診療確認事項（保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください）

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 前回受診歴                                       | <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| PET検査目的<br>(該当項目にチェック)                      | <input type="checkbox"/> 「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品の投与の要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。<br><input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤投与後、脳内アミロイドβプラークの除去を評価し投与完了の可否を判断する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 認知機能評価<br>(MMSEスコア)                         | <input type="checkbox"/> MMSE ____ 点 (レカネマブ：22点以上、ドナネマブ：20点以上28点以下)<br>( ____ 年 ____ 月 ____ 日) (投与開始前1ヶ月以内の期間を目安に確認されている)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 臨床認知症尺度<br>(CDR全般スコア)                       | <input type="checkbox"/> CDR ____ 点 (0.5または1)<br>( ____ 年 ____ 月 ____ 日) (投与開始前1ヶ月以内の期間を目安に確認されている)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 依頼医チェック項目<br>(全ての項目を満たさないと検査をお受けすることができません) | <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。<br><input type="checkbox"/> 脳脊髄液検査の保険算定を行っていない。<br><input type="checkbox"/> 無症候者ではない。<br><input type="checkbox"/> 中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者ではない。<br><input type="checkbox"/> 患者本人及び家族・介護者の安全性に関する内容も踏まえ抗アミロイドβ抗体薬による治療意思が確認されている。<br><input type="checkbox"/> 投与が予定される抗アミロイドβ抗体薬の成分に対し、重篤な過敏症の既往歴はない。<br><input type="checkbox"/> 血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症、1cm超の脳出血が認められない。<br>(投与開始前1ヶ月以内の期間を目安に確認されている)<br><input type="checkbox"/> MRI検査(1.5T以上)が実施可能である。<br><input type="checkbox"/> アミロイドPET検査を保険で実施したことはない。<br>または治療中断後2回目であり初回投与から18ヶ月を超えている。<br>またはドナネマブ製剤投与後、脳内アミロイドβプラークの除去を評価する検査である。<br><input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬による治療は、依頼元の医療機関において実施する。<br><input type="checkbox"/> 検査日前日16時以降のキャンセルは薬剤費約20万円の請求になることを説明している。 |
| 臨床経過・既往歴                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

☆DPC対象病院に入院中の患者様は検査できません。

## 検査前確認事項

|      |                                                                                                                                |         |                                                                  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------|
| 現在状況 | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来                                                                       | 病名告知    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有            |
| 感染症  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                          | 閉所恐怖症   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有            |
| 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<br><input type="checkbox"/> (立位可・不可) | 30分間の静止 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (不可は検査不可) |
|      |                                                                                                                                | 妊娠可能性   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有            |

高松市立みんなの病院 地域医療患者支援センター 電話 087-813-6699 (直通) FAX: 087-813-6799  
フリーダイヤル: 0120-834-224

高松市立みんなの病院 Ver.202507①-A

院

ID:

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## アミロイドPET検査説明書及び同意書

患者番号：

様

### アミロイドPET検査内容と安全性

1. 放射性同位元素( $^{18}\text{F}$ )をつけた薬剤(フルテメタモル)を静脈注射し、約90分間の安静後頭部撮影を行います。アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)もしくは軽度認知症の疑いがある方に対する検査です。
2. 本剤には日本薬局方無水エタノールが含まれており、副作用として極めてまれにアレルギー反応があるといわれていますが、重篤な副作用の報告はありません(例えば、顔面紅潮等)。
3. 1回のアミロイドPET検査による被ばく線量により、放射線障害が発生する事はありません。

### ご理解いただきたいこと

1. アミロイドPET検査とは、アルツハイマー病の原因となる脳内のアミロイド $\beta$ というタンパク質を映し出すことで、抗アミロイド $\beta$ 抗体薬治療を行うかどうか見極める検査です。脳内にアミロイド $\beta$ のかたまりが蓄積されているか否かを陽性か陰性かで判断します。
2. 薬剤は良性疾患にも集積し、良性・悪性の判断が困難な場合があります。
3. 他の検査・治療の影響で正確な検査結果が得られない場合があります。

### 検査の注意事項

1. 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方、授乳中の方は検査ができない場合があります。主治医に必ず申し出てください。
2. 入れ歯・補聴器など、主に頭部に付けている金属類は全て外していただきます。かつら(ウィッグ)についても外していただく場合があります。
3. 持続血糖測定器(リブレ等)をご使用中の方は、使用したまま検査を行うと機械や測定値に支障をきたす可能性があります。事前に医師へご確認ください。
4. 検査前日(検査前日が休日の時は、休日開始の前日)16時以降の検査キャンセルについては、薬剤費用(約20万円程度)をご負担いただく場合があります。

検査に関する説明をしました。別紙にて問診した結果、検査(可・不可)と判断します。

病院名

主治医名

印

### アミロイドPET検査同意書

私は、検査説明を受けて検査内容・注意事項に関して理解しましたので、アミロイドPET検査を受けることに同意します。

署名年月日 年 月 日

患者氏名(署名)

患者様が未成年者、判断能力がないとき、あるいは患者様自身が文字を書けないときには、以下の欄に、ご署名の上、上記の患者氏名欄にもご記入下さい。

署名年月日 年 月 日

代諾者氏名(署名)

(患者との続柄 : )

代諾者とは、配偶者、親、子、祖父母、兄弟姉妹、3等親以内の血族、あるいは法定代理人等をいいます。

確認：

高松市立みんなの病院 Ver.202507①-B

ID:

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## アミロイドPET検査予約券・問診票

フリガナ

お名前

様

年齢

性別

男 ・ 女

ID:

当日病院にて測定します

検査日: 年 月 日

身長: cm 体重: kg

体温: °C BP: / mmHg

予約時間: 午後 15時 00分

※検査2日前に事前連絡いたします。必ず連絡が可能な患者様の電話番号を記載下さい。

TEL:

以下の質問に分かる範囲でお答え下さい。□には、該当する項目にレ印を付けてください。

1. 閉所恐怖症がありますか?

□ いいえ □ はい

女性の方のみ以下にお答えください。

現在妊娠していますか?

□ いいえ □ はい

現在授乳していますか?

□ いいえ □ はい

月経について

閉経 ( ) 月経周期 ( 日)

最終月経 ( 月 日 ~ 月 日)

ここからは当日記入してください

1. 昨日から現在までに運動をしましたか?

□ いいえ □ はい

「はい」と答えた方は以下該当するものに○印をつけてください。

散歩 ・ 体操 ・ 筋肉労働 ・ 水泳 ・ カラオケ ・ マッサージ

その他 ( )

検査日: 年 月 日

担当看護師:

担当技師:

ID:

## アミロイドPET検査を受けられる方への注意事項

### 検査前の注意事項

- 1.検査前の食事、飲み薬について
  - ・検査前に食事制限はありません。
  - ・処方されているお薬も通常どおり服用していただいて問題ありません。
- 2.検査前の運動制限について
  - ・検査前日、及び当日は、身体（筋肉）に負担のかかる作業や激しい運動は避けて下さい。  
（重い荷物を持つ・カラオケ・ジョギング・エアロビクス・マッサージ等）
- 3.検査のキャンセル・変更など
  - ・都合で来院できなくなった場合は、速やかにご連絡下さい。  
検査前日の16時までにご連絡をお願いします。  
検査が月曜日の場合は、前週の金曜日16時までにご連絡下さい。  
（キャンセル等の連絡先）高松市立みんなの病院：087-813-7171（代表）  
連絡なく来院されなかった場合、薬剤費用を負担していただくことがありますのでご了承下さい。
- 4.妊娠の可能性のある方、授乳中の方、閉所恐怖症の方はお申し出下さい。
- 5.検査は約3時間かかりますが検査進行状況によっては若干検査時間が遅延することをご了承下さい。
- 6.検査当日は、他の科の診察や検査等のご予約をお控え下さい。
- 7.全額で21万円前後です。通常の保険適用3割の場合で7万円前後が自己負担額となります。
  - ・また、保険適用外の検査は原則として行っていません。
- 8.検査に使用する放射性薬剤により約2.2mSVの放射線被ばくがあります。
  - ・1回のアミロイドPET検査で被ばくする線量は合計で8～10mSV程度（撮影条件により変化）となりますが、この線量で放射線障害が起こることはありません。
- 9.まれに、撮像機器のトラブル、薬剤の製造および配達状況、道路状況または天候などにより、検査ができない場合があります。予めご了承下さい。

### 検査当日の注意事項

- 1.受付は14時30分までをお願いします。
  - ・検査に使用する薬剤（フルテメタモル）は、検査時間に合わせて当院に届きます。  
一定の時間を過ぎると、効力が無くなってしまいます。
- 2.医療従事者の放射線被ばくが決められた限度を超えないようにするために、検査中、職員は患者様の介助につくことができません。
  - ・検査中は職員の指示に従ってお一人で行動していただきます。また、車椅子の方は、ご家族の介助をお願いしております。何卒ご理解いただきますようお願い致します。
- 3.PET/CT検査前の更衣について
  - ・頭部のみの検査になりますので、必ずしも検査着に着替えていただく必要はありません。  
ただ、補聴器・入れ歯など頭部に付ける金属製のものは必ず外してください。  
尚、盗難防止のため貴重品は必ず指定のロッカーをご使用いただくなど、ご本人・ご家族の責任において管理されますようお願いいたします。盗難・紛失についての一切の責任は負いません。

ID:

## アミロイドPET検査を受けられる方への注意事項

### 4.待機室での注意点

- 注射後約90分間は、待機室（個室）で安静にしてお休みいただきます。  
その際に、検査に影響しますので、運動や読書や音楽鑑賞、携帯電話操作などはできません。  
トイレ（排尿）は、撮影直前に必ず行って頂きますが、男性の方でも必ず座位にてお願いします。

### 5.検査中の注意事項

- 検査時間は30分程度掛かります。両腕は身体の横につけた状態で寝台に寝て頂き、2回ほど寝台が動きます。これがCTを撮影している時です。これが終了するとPETの撮影になります。  
撮影中は動かないようにして下さい。

### 6.検査後の注意事項

- 検査が終了しても、体内からは微量のガンマ線が放出されています。  
検査当日は、周囲の人への被ばく防止のため、人ごみなどへの外出はなるべくお控え下さい。  
また、乳幼児への緊密な接触も控えて下さい。授乳中の方は24時間授乳を控えて下さい。  
検査翌日より制限はありません。

### 7.予約時間より遅れて来院された場合、検査中止・延期となる場合がありますので、ご了承下さい。

（アミロイドPET検査に関するお問い合わせ先）

高松市立みんなの病院：087-813-7171（代表）

放射線科（核医学） 内線：1700

## 医療被ばくに関する説明書（１）

医療法施行規則の改正（平成31年厚生労働省例21号）の施行に伴い、2020/4/1より放射線診療を受けられる患者様へ、以下の項目の説明が必要となりました。この説明は患者様に納得して放射線診療を受けていただくために重要なものですので、検査に先立ちましてご確認ください。

### ・当該放射線診療により想定される被ばく線量とその影響の説明。

被ばくにより影響は一定量（閾値）以上の被ばく量により高率に引き起こされる組織障害（確定的影響＝不妊や脱毛、白内障など）と、閾値がはっきりしていない障害（確率的影響＝がん、白血病など）に分かれます。PET-CT検査においては撮影方法や範囲により異なりますが、一般的に8～12mSv程度の被ばくが想定されます。これは組織障害を起こすとされる閾値よりはるかに少ない被ばく量であり、確定的影響のリスクは極めて低いです。また確率的影響についても、100mSv以下の被ばくについては統計上、自然発生率の変動範囲よりも小さく、放射線の影響を確認出来ないレベルとされています。

### ・リスク・ベネフィットを考慮した当該放射線診療の必要性の説明。

上記の様に影響は非常に小さいとはいえ、放射線被ばくはリスクではあります。その上で今回の検査につきましては、患者様の疾患の状態や体調を十分に考慮し、そのリスクをはるかに上回る利益（ベネフィット）が期待される必要な検査となっています。必要性とベネフィットについては依頼科の担当者が説明しますので、不明な点がございましたら担当者にご質問下さい。

### ・本院における医療被ばく低減に関する取り組み。

当院では最新の医療機器を用い、装置の最適化や柔軟なプロトコル作成、体格に応じた線量コントロールなどにより被ばく線量の低減を図っています。また撮影に際して診断に足る十分な画像の質を担保しつつ、可能な限り低線量で撮影し被ばく線量を抑えています。さらに線量管理を行い、国際的な水準に照らし合わせて不要な被ばくがないかを確認し、被ばく低減に努めています。

以上のように、当院では検査の必要性の検討や、被ばく線量低減の取り組みを十分に行っていますが、ご不明な点やご心配な点がございましたらおたずね下さい。



## 医療被ばくに関する説明書（2）

### ・身の回りの放射線

自然放射線やX線検査による被ばく線量を示します。  
私たちは、食べ物や大地などから1年間で平均2.4mSvの自然放射線による被ばくを受けていると言われています。  
日本では年間2.1mSvですが、多い地域では年間約30mSvという地域もあります。  
また、航空機に乗ると宇宙から飛来する放射線の影響のため、東京～ニューヨークの往復で0.11～0.16mSv被ばくすると言われています。

#### 身の回りの放射線

### 自然・人工放射線からの被ばく線量

#### 自然放射線（日本）



#### 人工放射線



mSv：ミリシーベルト

出典：国連科学委員会（UNSCEAR）2008年報告、  
原子力安全研究協会「新生活環境放射線（平成23年）」、ICRP103 他より作成  
（環境省ホームページより）

シーベルト（Sv）：  
人体が放射線を受けた時の影響は、  
放射線の種類や受けた部位（臓器）によって異なります。  
そのためこれらを考慮し、受けた放射線によって人体が  
どれだけ影響を受けるかを数値化した単位として用いるのがシーベルトです。  
1ミリシーベルトは1000分の1シーベルトです。