

βアミロイドPET/CT 検査（自費診療）	
予約申込書 兼 情報提供書	
年 月 日	
予約日時	年 月 日 () 午後 15時 00分
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名 () 科 印
患者情報	(フリガナ) 氏名 男・女 電話番号 ()
	生年月日 年 月 日 歳 身長 cm/体重 kg
① 歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子など。検査終了まで介助者の付きそいが必要です。) ② 仰臥位で30分間の撮影が <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (側臥位では撮影できません。閉所恐怖症の方は検査困難です。)	
ご依頼のβアミロイド-PET 検査（認知症）は 自費診療 です。 ※ 同日に保険診療は行わないでください。混合診療にご注意ください。 ※ 検査費用 ¥154,825 (税込) ※ 検査後、当院より患者様へ請求します。必ず当日のお支払をお願いいたします。	
【検査依頼の適正化】ご協力のほど何卒宜しくお願い申し上げます。 アミロイドPET 検査の依頼を行う医師は、一定の研修を終了する必要がある。 『アミロイドPET イメージング剤の適正使用ガイドライン改訂第3版2023年』	
確認事項 *必ずチェックを☑ ご記入ください	<input type="checkbox"/> 臨床症状が非定型的であり、適切な治療のために 確定診断を要する認知症症例 (例えば、アルツハイマー病と前頭側頭葉変性症の鑑別を要する場合) または <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 65歳未満の発症で、 <input type="checkbox"/> 事前検査 (CT や MRI や RI) を実施し、 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症が否定された 認知症の症例 。 <input type="checkbox"/> 患者様に検査内容、検査費用、結果説明のインフォームド・コンセントを行った。
不適切な 使用例 適正使用 ガイドライン抜粋	<ul style="list-style-type: none">● 進行した重度の認知症例● 症状、経過が典型的であり、アルツハイマー病の臨床診断が明らかな場合 (疾患修飾薬治療の対象となる症例は除く)● 無症状者に対するアルツハイマー病の発症前診断● 自覚的な物忘れ等を訴えるが、客観的には認知機能障害を認めない場合● アルツハイマー病の重症度の判定● 医療以外の目的 (雇用時健康診断や保険契約目的など)● 検査結果のもたらす心理的・社会的影響について配慮ができない場合 検診目的のアミロイドPET 検査は承っておりません。
備考	1. 本票を当センターが受け取りましたら 折り返し「検査予約確認書」をFAXいたします。 2. 本票は担当の先生ご自身による署名・捺印のうえ、紹介状として患者様にお渡しいただき、検査当日に当センターまでご持参ください。 3. 「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様への説明をお願いいたします。 4. 検査中止または延期の際は前日までにご連絡ください。

静岡県立総合病院 PET イメージングセンター

FAX 054(248)7755