

β アミロイド PET/CT 検査（自費診療）							
予約申込書 兼 診療情報提供書							
予約日時	年	月	日（ ）	15 時 00 分			
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名 印 () 科						
患者情報	(フリガナ)		電話番号 ()				
	氏 名		男 ・ 女				
	生年 月日	年	月	日 歳			
	身長		cm/体重	kg			
① 歩行 ☐ 可 ☐ 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 20 分間の撮影が ☐ 可 ☐ 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。） ③ アルコール過敏症 ☐ 無 アルコール過敏症の既往がある方は検査できません。							
費用	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 ¥262,053（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	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』						
依頼医 チェック 項目 * 必ずチェックを ご記入ください	☐	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（↑↓どちらに該当するかチェックをお願いします。）					
	☐	■ 65 歳未満の発症で、 ■ 事前検査（CT や MRI や RI）を実施し、 ■ 脳血管性認知症が否定された認知症の症例。					
	☐	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	● 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。						
その他 お願い	貴院で実施済みの MRI 画像をご提供いただきますようお願い申し上げます。 （可能であれば、1mm 厚程度の Thin スライスの MRI 画像もご提供いただけたら幸いです。）						
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。 5. 当日の検査中止の際は PET 製剤費用をお支払いいただく場合があります。						