

アミロイド -PET検査申し込み依頼・紹介状

予約専用直通電話 048-648-5310 (ご利用時間 午前9:00～午後5:00)

依頼年月日 令和 年 月 日

依頼施設名

依頼医師名

電話	-	-
FAX	-	-

※患者番号

※自治医科大学附属さいたま医療センターのID番号がある場合にご記入願います。

ふりがな

患者氏名

年齢 歳 生年月日 年 月 日 性別 (男 / 女)

連絡先電話 - -

診断名・

検査理由

※別紙のチェックリストも一緒にFAXしてください。

※別紙の同意書は、当日患者さんにお持ちいただくようお願いいたします。

(以下は記入していただくなくても結構です。)

先生御机下

受付日 月 日

医師名

ご紹介ありがとうございました。検査を以下の日時でご予約させていただきました。

検査名：アミロイド-PET/CT

検査日：令和 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分

【患者の皆様へ】

- 別紙の注意事項をよくお読みください。
- 検査時間の60分前までに初診受付へお越しねがいます。
- 予約変更の際には、お申込みいただいた医療機関へご連絡願います。

【ご依頼いただきました医療機関様】

- ご参考にさせていただくX線フィルム等がありましたら、患者様にお渡し願います。
- ご紹介状を別にお願います。(この用紙をご持参いただいても結構です。)
- 予約変更の際には、速やかに下記までご連絡をお願いいたします。

中央放射線部 核医学検査室 048-648-5310

【FAX番号】 048-782-6205

自治医科大学附属さいたま医療センター

ポジトロン放射断層撮影 (PET-CT)

患者 ID :

氏名 :

性別 :

生年月日 :

に関する説明と同意書

【検査内容】

放射性同位元素 (F-18) で標識されたアミロイド PET 用薬剤を注射して、撮影を行います。脳内のアミロイドベータプラークが溜まっているかどうかを画像で評価します。

【副作用・放射線被ばく】

薬剤による副作用はありません。

放射線被ばくがありますが、これによって放射線障害が起きることはありません。ただし患者ご自身から放射線が出ている時間があり、周囲の方にも被ばくの可能性があるため、特に小児や妊娠している方がお近くにいらっしゃる場合にはご注意ください。

介助者がいらっしゃる場合、介助者に放射線被ばくがありますが、放射線障害が起きることはありません。また介助者から放射線が出ることはありません。

【その他】

撮影前後に約 30~60 分の安静、撮影中に約 30 分の仰向けを保っていただきます。安静を保つこと、お着替え・移動・排泄などが難しい方の場合には、介助者の付き添いが必要です (場合により中止させていただきます)。

ごくまれに装置の不具合や薬剤の配達状況により検査開始時間の遅延や検査日変更が生じる場合があります。

患者および関係者の方に対して、上記事項を説明いたしました。

説明日時 : _____

検査日時 : _____

説明医師 : _____

自治医科大学附属さいたま医療センター センター長殿

私は上記事項に関して詳細に説明を受け、十分に了承いたしましたので、その実施に同意致します。

令和 年 月 日

本人署名欄 : _____

(未成年の場合や病状などにより自著出来ない場合には「代理者署名欄」にご署名をお願いいたします)

代理者署名欄 : _____ (続柄 : _____)

(介助者が必要な場合には、上記とは別に「介助者署名欄」にご署名をお願いいたします)

介助者署名欄 : _____ (続柄 : _____)

検査オーダー医チェックリスト

検査日時：****

患者 ID：

氏名：

性別：

生年月日：

着替え・移動に関して (いずれかにチェック)	
<input type="checkbox"/>	自力で可能
<input type="checkbox"/>	介助が必要だが、検査終了まで介助者が付き添える
意思疎通に関して (いずれかにチェック)	
<input type="checkbox"/>	受け答えが可能で、安静を保てる
<input type="checkbox"/>	受け答えが困難だが、検査終了まで介助者がおり安静を保てる
排尿に関して (いずれかにチェック)	
<input type="checkbox"/>	自力で可能
<input type="checkbox"/>	オムツを使用しているが、自力で可能
<input type="checkbox"/>	介助が必要だが、検査終了まで介助者が付き添える
<input type="checkbox"/>	1 時間以上の安静、および 30 分以上の臥位を保てる
<input type="checkbox"/>	検査後の当日に透析がない
<input type="checkbox"/>	妊娠・授乳をしていない (授乳を 24 時間以上避けることができる)
<input type="checkbox"/>	検査後の当日に妊婦、乳幼児と接触がない (接触を 12 時間以上避ける事ができる)
他院入院や施設入所に関して (いずれかにチェック)	
<input type="checkbox"/>	他院入院 (施設入所) 中ではない
<input type="checkbox"/>	入院 (入所) 中の場合、当該施設に個室管理の被ばく管理を依頼した
<input type="checkbox"/>	検査後、速やかに帰宅できる (検査後の当日に受診や治療・仕事などが無い)
<input type="checkbox"/>	保険診療上、適切な検査である (自費は除く)
介助が必要な場合 (介助者に関して)	
<input type="checkbox"/>	介助者が検査中に付き添いと介助(着替え・移動・排泄)ができる
<input type="checkbox"/>	介助者が被ばくすることを了解している

- ※1 必要部位のチェックがない場合には、検査はできません。
- ※2 介助者がいる場合、検査中の付き添い、かつ、被ばくに関して、介助者の了解がないと検査は出来ません。
- ※3 検査当日、ADL 低下などによる検査施行困難な場合、中止または依頼医による検査中の介助の判断・説明をお願いする場合があります。