アミロイドPET/CT 検査依頼から結果受け取りまで (医療機関用) 当院のアミロイドPET/CT検査をご利用いただきありがとうございます。 ご用意していただく書類等 以下に検査予約から結果報告までの流れをお示し致します。 ・検査依頼から結果受け取りまで(本紙) 貴院にて患者様に検査説明(放射線被ばくと正当性についての説明を含む)をしていただき、放射線が伴う ・ご案内(患者様用) |検査の同意を得てください。その際、患者様用:「検査説明・同意書| 用紙をご利用ください。 検査説明・同意書 |患者様の同意が得られましたら「検査依頼書 | をご用意していただき、核医学センターにて検査日時をご予約く 2 | ださい。尚、予約は検査日の2営業日前までとなっております。 ・検査説明・同意書(記入済み) |電話番号:代表052-352-3250(内線2290)核医学センター 検査依頼書 「検査依頼書」をご記入していただき、下記へFAXしてください。 |FAX番号:052-352-3270| |貴院からの「検査依頼書|を元に、当院より貴院へ「予約票|をFAXでお送りします。 |**ここで予約が完了となります。**「予約票 | は患者様にお渡しください。 患者様が当院へ持参する物 |検査当日、患者様は「予約票|、「保険証|、「マイナンバーカード|(お持ちの方)、「検査説明・同意書| 予約票 |を持って来院していただきます。 ・保険証(マイナ保険証等) マイナンバーカード(お持ちの方) |貴院から患者様へ、**検査の変更やキャンセルのご連絡は2営業日前までに当院へご連絡していただくこと**、 検査説明・同意書(記入済み)原本 |また、検査薬の使用期限の都合上、**遅刻の場合もキャンセルとみなす**ことがあること、くれぐれも検査日時を忘 |れてしまったり、間違えてしまったということがないように十分ご注意していただきますようにお伝えくださ い。 5 検査結果は2週間以内に画像データと共に貴院へ郵送させていただきます。 **検査**に関するお問い合わせ(予約変更・キャンセルを含む):核医学センター(**内線2290**) 医療法人 生生会 **検査料金**に関するお問い合わせ:医事課(**内線2214**) まつかげシニアホスピタル・ |**放射線被ばく**に関するお問い合わせ:放射線科(**内線3731**)| 認知症疾患医療センター *予約票が45分以内に届かない場合は当院医事課へお問い合わせください 電話番号:052-352-3250

[※]PET-CT装置は高精度な装置です。常に保守・点検を行っておりますが、希に故障のため検査が延期になることがあります。 予めご承知を願い致します。

アミロイドPET検査 ご案内 (患者様用)

≪検査当日ご持参いただくもの≫

- 保険証、マイナンバーカード(お持ちの方)
- 検査予約票
- 検査説明・同意書原本(記入済みのもの)

≪検査費用≫

保険診療: レカネマブ投与前の適用確認検査

費用、3割 約72,000円、2割 約18,000円、1割 約18,000円 (クレジットカードでの支払いも可能です)

保険外診療: 291,500円

*諸事情等により<u>予定変更・キャンセルされる場合は、検査日の2営業日前の9時~17時までに核医学センター</u>

TEL:052-352-3250(内線3628) にご連絡をお願い致します

<u>≪検査所要時間≫</u>

●アミロイドPET検査 検査薬を注射してから、検査終了まで120分ほどかかります

≪結果通知≫

当院でレケンビ治療を行われる方

●結果は検査後の次回診察でご説明させていただきます。

他院でレケンビ治療を行われる方

●検査後2週間以内にご依頼頂いた先生宛に送付いたします。

※読影医師の都合により、送付が遅れる場合もございます。

=30

〈〈お問合せ先〉〉

医療法人 生生会

まつかげシニアホスピタル・ 認知症疾患医療センター

〒454-0926

名古屋市中川区打出二丁目347番地

TEL:052-352-3250

核医学センター(内線3628)

*PET-CT装置は高精度な装置です。常に保守・点検を行っておりますが、希に故障のため検査が延期になることがあります。 予めご承知を願い致します。