

## 脳アミロイドPET/CT検査 日程表【2024年8月～10月】

事前に脳アミロイドPETイメージング剤を注文するため、予約締切日までにご依頼ください。

### 【検査日時】

午前:1枠 / 午後:3枠

#### 8月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

#### 9月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

#### 10月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

### 予約締切日

検査日の前週の金曜日(祝日の場合はその前日)まで  
例)検査日:9/9(月) → 予約締切日:9/6(金)

- 所要時間：約2.5時間
- 検査料金（目安）：  
[10割負担の場合] 251,100円  
[3割負担の場合] 75,400円

以下を必ず事前に患者様へお伝えください。

□検査をご予約後、やむを得ず日程変更や取り消しをされる場合には、判明した時点ですぐにゆうあいクリニックまでご連絡をお願いいたします。

医療機関からのご予約・お問い合わせ

ゆうあいクリニックコールセンター TEL 045-540-8215 FAX 045-548-1969

受付時間 9:00am ~ 6:00pm (日・祝日を除く)

ゆうあいクリニック

住所：〒223-0059 神奈川県横浜市港北区北新横浜1-6-2

## ◆ ご予約からご受診、検査結果報告まで

### はじめに

脳アミロイドPET/CT検査専用 診療情報提供書へご記入をお願いいたします。

1.お電話にてご予約ください。【受付時間】9:00am~6:00p.m(日・祝日を除く)

フリーダイヤル **0120-852-026** (045-540-8215でも可)

お電話では以下の質問にお答えください。

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| ① 貴院名、貴科名、ご担当医師名                   | ③ ご希望の検査日時          |
| ② 検査内容<br>(脳アミロイドPET/CT検査とお伝えください) | ④ 患者様のお名前、生年月日、電話番号 |
|                                    | ⑤ その他特記事項           |

### ご予約

2. 診療情報提供書をFAXにてお送りください。

F A X **045-548-1969**

原本はゆうあいクリニック控えになりますので、患者様にお持ちいただくか、ゆうあいクリニックへご郵送ください。貴院控えが必要な場合はコピーをお取りください。

！お願い！

- ① 患者様に検査日時をお伝えください。  
当クリニックより患者様へ、ご受診に必要な資料をお送りいたします。
- ② 脳MRI検査歴があれば、最後に撮影された脳MRI画像(DISK)をお持ちください。  
読影の参考にさせていただきます。(脳MRI検査を行っていない場合は、脳CT検査)

### ご受診

予約時間の10分前にご来院ください。  
当クリニックから検査結果の説明はいたしません。

### 検査結果 発送

受診日から5日以内にご依頼元の先生宛に特定記録にてお送りいたします。

## ◆ アクセス



〒223-0059

神奈川県横浜市港北区北新横浜1-6-2

〈電車でお越しの方〉

▼横浜市営地下鉄ブルーライン「北新横浜駅」より徒歩約5分

▼JR東海道新幹線・JR横浜線・相鉄新横浜線・東急新横浜線「新横浜駅」よりタクシーで約5分

〈お車でお越しの方〉

▼首都高速「横浜北線」新横浜出口より約3分

▼第三京浜「港北IC」より約10分

**P** 駐車場完備

※駐車場に空きがない場合、近隣の有料駐車場をご案内することがございます。