



脳アミロイドPET/CT検査 日程表【2025年11月～2026年1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】

ビザミル 午前:1枠 / 午後:3枠
 アミヴィッド 正午頃:1枠

ビザミル のみ 午前:1枠 / 午後:3枠

11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						

12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			

2026年1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:11/10(月) → 予約締切日:11/7(金)

1/5.6.8.9については12/26(金)まで

●所要時間：約2.5時間

●検査料金（目安）：

使用薬剤	ビザミル®	アミヴィッド®
10割負担の場合	251,200円	238,900円
3割負担の場合	75,400円	71,700円

以下を必ず事前に患者様へお伝えください。

□体調不良の場合を除き、受診日当日の受診者様都合による日程変更や取り消し、および検査薬剤注射後に検査実施を拒まれた場合は、薬剤にかかる費用（薬価相当額）をキャンセル料として請求させていただきます。

【参考薬価 ビザミル®:196,481円/アミヴィッド®:184,203円（2025年4月時点での価格のため変更になる場合があります。）】

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~6:00pm(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
- ②検査内容 [脳アミロイドPET/CT検査]
- ③使用薬剤 [ピザミル® もしくはアミヴィッド®]
- ④臨床診断 および
投与予定の抗アミロイドベータ抗体薬

- ⑤ご希望の検査日時
- ⑥患者様のお名前、生年月日、電話番号
- ⑦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 最後に撮影された脳MRI画像(DISK)をお持ちください。
(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7分

※タクシー乗り場はありません。

▼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10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。