

① 脳アミロイドPET/CT 検査 依頼票

下記項目にチェック☑記入をお願いします。予約希望日をご記入いただきFAXでご連絡ください。

FAX 番号 0120 - 056 - 101

保険適応に関する項目（以下の全てが該当することが必須となります）

- ☐ 無症候者ではない。
- ☐ 中等度以上のアルツハイマー型認知症ではない。
- ☐ 患者本人(及び家族・介護者)のレカネマブによる治療意志が確認されている。
- ☐ 脳MRI検査で、血管原性脳浮腫や5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症または1cmを越える脳出血はない。
- ☐ MRI検査の実施が可能である。
- ☐ 認知症機能テスト22点以上 かつ CDRスコア0.5または1である。
MMSE 点 CDR 点
- ☐ 脳髄液検査を実施していない。もしくは実施するが、保険算定の予定がない。
- ☐ 脳アミロイドPET検査を保険で実施したことはない。もしくは治療中断後2回目であり、初回投与から18ヶ月を越えている。
- ☐ レカネマブ治療は、依頼元の医療機関において実施する。
- ☐ その他、レカネマブに対する最適使用推進ガイドラインの選択基準に沿った患者である。

検査に関する項目・その他

- ☐ 閉所恐怖症ではない。
- ☐ 1時間の安静、30分間の静止が可能。
(検査薬剤の投与後約1時間の安静をし、安静後約30分間仰向けの状態で撮影をおこないます。)
- ☐ ご自身で、移動・排尿・オムツ交換等ができる。
(スタッフの付き添いはできません。家族の介助があれば検査可能です。)
- ☐ 妊娠の可能性がない。
(授乳中の方が検査を受けた場合は、検査後授乳中止となり翌日に授乳再開できます。)

予約希望日① 年 月 日(木・金)

予約希望日② 年 月 日(木・金)

予約完了後、予約票をFAX送信いたします。希望日に空きがない場合は、電話にて連絡を申し上げます。

※検査薬剤の配送の都合により、木・金曜日の14:30 または 15:00 のご予約となります。(2024年10月時点)