

「事前受付用 FAX 用紙」と一緒に FAX にて地域医療連携室宛にお送りください。

専用 FAX 086-464-1166

脳アミロイド PET/CT 検査チェックリスト

医療機関名 _____

医師名 _____

患者氏名 _____

【健康保険の適用条件】

病名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症
検査目的	<input type="checkbox"/> レカネマブ(遺伝子組換え)製剤 初回投与※ <input type="checkbox"/> レカネマブ(遺伝子組換え)製剤投与中止後に初回投与から 18 か月を超えての再開 <input type="checkbox"/> ドナネマブ(遺伝子組換え)製剤 初回投与※ <input type="checkbox"/> ドナネマブ(遺伝子組換え)製剤投与終了の可否を検討(目安:投与開始後 12 か月) <input type="checkbox"/> ドナネマブ(遺伝子組換え)製剤 18 か月を超える投与継続の可否を検討

※アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、抗アミロイドベータ抗体薬の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する目的であること

確認事項	<input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬に係る最適使用推進ガイドラインの基準をみたしている (a)認知機能評価 MMSE スコア ・レカネマブ(遺伝子組換え)製剤 投与予定 (22 点以上) (点) ・ドナネマブ(遺伝子組換え)製剤 投与予定 (20 点以上 28 点以下) (点) (b)臨床認知症尺度 CDR 全般スコア(0.5 または 1) <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 評価困難のため他の評価方法で確認済み <input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である 抗アミロイドベータ抗体薬の投与中止後に初回投与から 18 か月を超えて再開する際のご依頼にあたっては、本撮影が必要と判断した医学的根拠をご記入ください。
------	---

【患者情報】

身長 (cm)	体重 (kg)	
妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	授乳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	20 分間の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
感染症 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
患者移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()		
(介助の必要な方は、ご家族もしくは介助者の付き添いをお願いすることがあります。)		
電話番号:①		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。読影の参考させていただきます。

ご不明の点は

川崎医科大学附属病院 画像診断センター1 受付(086-462-1111 内線 21522)までお問い合わせください。