「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 | □　アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)  □　軽度の認知症 |
| 検査目的 | □ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤 初回投与※  □ 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  □ ドナネマブ（遺伝子組換え）製剤 初回投与※  □ ドナネマブ（遺伝子組換え）製剤投与修了の可否を検討（目安：投与開始後12か月）  □ 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 | □　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）  　　　　　□0.5 　　　　　　□1　　　　　　　 □評価困難のため他の評価方法で確認済み  □　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　（　　　　　　㎝） | | 体重　（　　　　　㎏） | |  | | |
| 妊娠 | □有 | | □無 | 授乳 | □有 | □無 |
| 体内金属 | □有 | | □無 | 20分間の静止 | □可 | □不可 |
| 閉所恐怖症 | □有 | | □無 |  | | |
| 感染症 | □有（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | □無 | □不明 | |
| 患者移動方法 | □歩行 | | □車椅子 | □ｽﾄﾚｯﾁｬｰ | □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。