

アミロイドPET-CT検査確認書 患者氏名

済生会今治病院に、総合医療支援室(地域連携室)を通じてアミロイドPET-CT検査を依頼される場合は、下記の保険適用条件、検査チェックリストの該当する ☐ にチェックし、
保険適用の可否を判断の上、患者様に十分な説明を行ってください。

臨床診断	☐ アルツハイマー病 ☐ 軽度認知障害(MCI)
適用 詳細	依頼医チェック項目 ☐ レカネマブ又はドナネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠した施設である。 ☐ 1.5T 以上の頭部 MRI 検査を実施している。 ☐ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている。 認知機能評価 MMSE【 】(レカネマブ:22 以上,ドナネマブ 20~28) 【 年 月 日】 臨床認知症尺度 CDR【 】(0.5 または 1) 【 年 月 日】 ☐ アルツハイマー病による軽度認知症が疑われる患者に対しレカネマブ又はドナネマブの投与の要否を判断のためアミロイドβ 病変を示唆する所見を確認する目的である。 ドナネマブにおいては、投与終了の可否を検討又は 18 か月を超える投与継続の可否を検討する目的である。 ☐ 脳脊髄液検査(CSF)を行っていない。 ※上記の条件を満たしていない場合には保険適用外となります。

★保険適用外の方は自費になります。検査で本薬剤（ビザミル）を使用し、過敏症の既往歴のある方は、禁忌事項に当たるため検査を受けることが出来ません。

【検査チェックリスト】（以下にもチェックしてください。）

30 分安静	☐ 可 ☐ 不可 不可は検査が出来ません。
閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有 閉所の方は検査が出来ません。
アルコール過敏症	☐ 無 ☐ 有(症状:)
移動	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ストレッチャー不可
感染症	☐ 無 ☐ 有()
更衣・排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ オムツ
妊娠・妊娠の可能性	☐ 無 ☐ 有 有の方は検査が出来ません。
同伴・付添い	☐ 有 ☐ 無 原則同伴・付き添いが必要です。日程を調整してください。

★原則、同伴・付添いして下さる方が必要ですのでお名前をご記入ください。

同伴者氏名

電話番号

(予約後に状況が変わりましたら、必ず当院へご連絡下さい。)

依頼病院名 :

依頼医師署名:



社会福祉法人
恩賜財団 済生会今治病院