

# アミロイド PET（認知症） 検査のご依頼

## Step1 [ご依頼にあたって]

厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）の最適使用推進ガイドラインに沿って、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等に対し、レカネマブ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場合に算定されます。

当院ではデリバリー薬剤を使用し、検査手技料37,250円の他に別途薬剤料(196,481円)が必要となります。  
※ 検査費用は10割負担：約250,000円、3割負担：約75,000円、1割負担：約25,000円となります。

## Step2 [保険適用の範囲]

**アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ製剤の投与の要否を判断するためのアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する。**

### ● 保険適用とならない場合

- ・無症状の方
- ・すでにアルツハイマー型認知症とはっきり診断（確定診断）がついており、レカネマブ投与の基準あてはまらない方

## Step3 [検査の予約・受診の手順]

当院 核医学検査室 048-852-1111（代表） 20043（内線）までお電話ください。

月曜日～金曜日：9:00～16:30 ※ 祝日・年末年始・創立記念日を除く

予約時に必要な情報

- ① 貴院名、貴科名、ご担当医師名
- ② 依頼検査項目
- ③ 患者名、生年月日、連絡先、身長、体重
- ④ 患者様の状態（独歩、車椅子）

## Step4 [検査日時決定後のお手続き]

検査日時決定後、次の手続きをお願いします。

- ・「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 予約票・検査説明書・同意書」をプリントアウトして必要事項をご記入ください。

「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 予約票・検査説明書・同意書」を当院 医療連携課までFAX（048-852-1132）にてお送りください。

- ・「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 予約票・検査説明書・同意書」の原本を患者様にお渡しください。（貴院用に控えをお取りください）
- ・患者様用検査説明用紙は、プリントアウトして患者様にお渡しし、来院までにお読みいただくようにご案内ください。

**※ 施行済みの頭部MRI画像データを必ずご用意の上、患者様にお渡し願います。**

## Step5 [患者様への注意事項：ご案内のお願い]

食事・薬の服用	特に検査前の絶飲食は必要ありません。普段飲まれているお薬は通常通り服用してください
検査時間	検査時間は待機時間を含め約3時間かかります。時間には余裕をもってご来院ください
妊産婦・授乳中の女性	妊産婦・授乳中の女性は原則として施行できません
検査のキャンセル・中止	検査日の前診療日15時以降の患者様側事由によるキャンセル・中止の場合は、再使用できなくなった薬剤費を患者様に実費負担いただきますのでご了承ください

### ※PET/CT検査の注意事項

認知機能低下のある方・日常生活動作に介助の必要な方には、ご家族に付き添いと介助をお願いしております。  
**付き添いと介助がない場合には、検査はお受けできませんのでご了承ください。**

## Step6 [検査当日]

当院2階総合受付3番窓口へお越しください。

「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」、「医療機器共同利用 アミロイド PET/CT 予約票・検査説明書・同意書」の原本及び検査画像データをご提出ください。

後日ご担当医師宛に検査結果を郵送します。

## Step7 [検査結果説明]

当院 放射線診断医が検査報告書を作成し、検査画像とともに原則10日以内（休診日を除く）に貴院へ送付します。

貴院にて患者様へ検査結果説明をお願いします。

## Step8 [検査料のお支払]

検査報告書・検査画像と一緒に請求書・レセプトを原則10日以内（休診日を除く）に貴院へ送付しますので、レセプトの摘要欄に「画診共同」と記載し、診療報酬の算定及び診療報酬請求を行ってください。

患者様が貴院来院時に検査料の自己負担分の徴収をお願いします。

1ヶ月以内に当院指定の銀行口座にお支払をお願いします。