

≪ アミロイド PET 検査受診申込み用紙(保険診療) ≫

※ 必要事項をご記入いただき、下記 FAX 番号まで送信をお願いいたします。

※ 本用紙は申し込み用紙ですので、**紹介状**は別途、患者様に持参して頂くか郵送をお願いします。

検査予約日	令和 年 月 日 () 午後 _____ 時 _____ 分				
※絶食は必要ありません。来院時間は 予約時間の 50 分前 です。					
ふりがな 氏名		性 別	男 女	生年月日	T・S・H 年 月 日
				身長・体重	身長 cm 体重 kg
郵便番号	〒 -				
住所					
電話番号	自宅 - 本人携帯 -				
	他連絡先（家族携帯など） -				
紹介元 医療機関	医療機関名				
	主治医 科 先生（記入者： ）				
● 確認事項→【 】へ記載、チェックをお願いします。 【 】 紹介元医療機関がレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドライン準拠している施設である。 【 】 レカネマブ製剤による治療意思が患者本人及び家族に確認されている。 【 】 頭部 MRI でレカネマブの禁忌に該当していない（画像データを必ず持参してください） 【 】 アミロイド PET 検査は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可否を判断する目的でアミロイド β 病理を示唆する所見の確認のためである。 【 】 ・認知機能評価 MMSE スコア【 点】 22 点以上 ・臨床認知症尺度 CDR 全般スコア【 】 0.5 または 1 【 】 脳脊髄液検査を行っていない。 ・現在の状況 （ 外来 ・ 入院 ） ・閉所恐怖症 （ あり ・ なし ） ※当院では安定剤の処方ではできませんので、必要な方は安定剤をご持参ください。 ・仰臥位での 20-30 分の撮影が可能である （ はい ・ いいえ ） ・アルコールアレルギー （ あり ・ なし ） ・移動方法 （ 歩行 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ その他： ）					
* フルテメタモルは放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。 医療従事者は法律上、放射線被曝制限があるため、注射後は患者様の介助につくことができません。 検査中に介助が必要な方（車いすなど移動に介助が必要な方、トイレやおむつ交換など）は原則としてご家族様で介助をしていただきます。何卒ご了解いただけますようお願いいたします。					

アミロイド PET 検査をお受けになる患者様へ（保険）

様のご予約は、 年 月 日（ ） : です。

・ 予約時間の 50 分前（ ）までに 2F 受付までお越しください。

検査薬は投与できる時間に制限があるため、到着が遅れてしまうと検査ができない可能性があります。予約時間に来院できない場合は必ずご連絡ください。

連絡先：099-226-8871

・ ご都合により検査を受けられない場合は、前日の正午までにご連絡をお願いします。
なるべく当日キャンセルはないようお願いいたします。

・ 検査前の飲食や服薬の制限はありません。

● 次の場合は事前にお知らせください。

・ アルコールにアレルギーがある。

→ お酒が一滴も飲めない、極端にアルコールに弱い場合は検査ができないことがあります。

- ・ 腎機能に問題がある。
- ・ 肝機能に問題がある。
- ・ 妊娠している、または妊娠している可能性がある。

→ 検査によるリスクを上回る利益が期待される場合には、妊娠中でも検査薬を投与します。

・ 授乳中の方は注射後 24 時間は授乳を中止する必要があります。

・ 投与後 12 時間は妊娠中の方および乳幼児との密接な接触はなるべく控えてください。

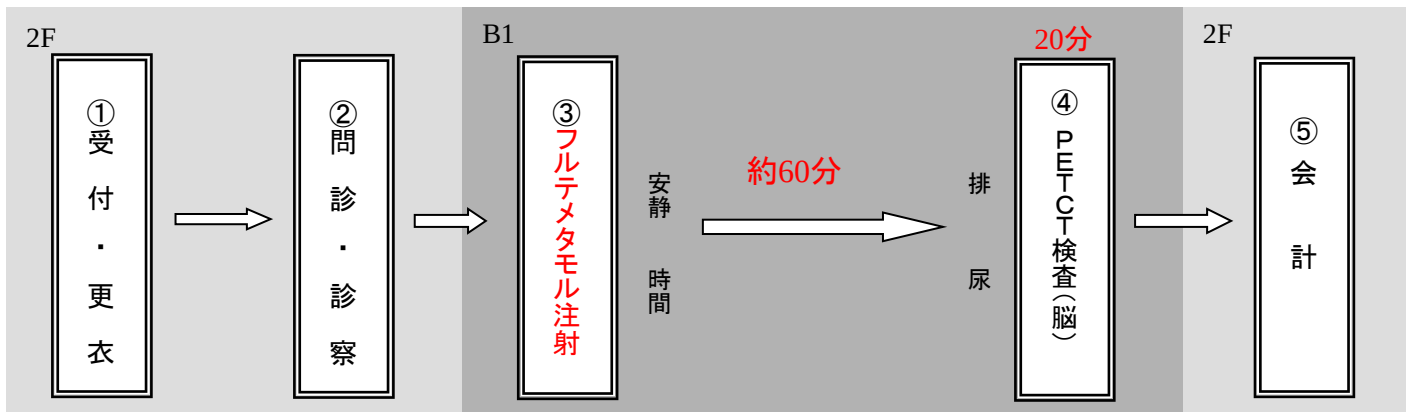
検査当日持ってくるもの

- ☐ 主治医からの紹介状 ・ 画像データ（頭部 MRI 画像を必ずご持参ください）
- ☐ 問診票（自宅でご記入をお願いします）
- ☐ 保険証 もしくは マイナンバーカード
- ☐ お薬手帳
- ☐ 診療費用（16,000 円 ～ 46,000 円前後）＊お支払いは現金のみとなります
※診療費用は保険証の負担割合、限度額認定証の有無で異なります。

● 検査に使用する薬剤は使用期限が 1～2 時間と短く、検査当日に県外の施設で合成し当院まで配送されてきます。機器の不具合や交通事情、天候不良などで、時間通りに検査ができないことや延期させて頂く場合があることをあらかじめご了承ください。

● 当院では、受診者に安心して検査を受けていただくために、個人情報の取扱いに関して、万全の体制で取り組んでおります。当院における個人情報の保護方針、利用目的を院内のポスター及び当院ホームページに記載しておりますので、受診の際にご確認ください。特にお申し出がない場合は、同意を得たものとして取扱わせていただきます。またご不明な点がございましたらお問い合わせください。

【検査の流れ】



- ① 受付にて、**問診票・紹介状・車の鍵**（車のナンバーも教えてください）をお預かりします。
上着のみ検査着に着替えていただきます。注射に差し支えなければそのままのお洋服で検査ができますことがあります。入れ歯やアクセサリー類は外していただきます。
- ② お時間になりましたら診察にご案内します。
* 注射されたお薬は尿や便から排泄されます。検査終了後は余分なお薬を速やかに排泄するため水分を多めにとってください。
- ③ 地下にご案内します。地下は**放射線管理区域**になりますので**患者様お一人**でのご案内になります。
介助が必要な方はお付添の方も一緒にご案内します。

* フルテメタモルは放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。
医療従事者は法律上、放射線被曝線量の制限があるため、**注射後は患者様の介助につくことができません。**
検査中に介助が必要な方（寝たきりの方、車いすなど移動に介助が必要な方、トイレやおむつ交換など）は原則としてご家族様で介助をしていただきます。何卒ご了解いただけますようお願いいたします。

処置室でフルテメタモル注射を行います。正常な部分も含めて脳全体にお薬がいきわたるように、**注射後約 60 分**は安静室（個室）でお休みいただきます。**検査に影響しますので、注射後の運動や読書、テレビ、スマートフォンや音楽などの鑑賞はできません。**トイレや寝返りはご自由に動いていただいてもかまいません。

- ④ PET 検査前に排尿をしていただきます。撮影は 20 分前後かかります。
・ PET の検査機器は **MRI に比べて広く、音も静かです。**
・ 検査前に軽く頭部を固定しますが、リラックスして検査を受けてください。
- ⑤ 検査終了後、お会計となります。**当院での結果の説明はありません。**
検査後は食事や運動の制限はありません。結果は後日、当院から紹介元の病院へ**郵送**します。
改めて主治医から検査結果の説明があります。

●アミロイド PET/CT 検査についての説明書

【検査の方法】

- ・この検査は放射性同位元素で標識されたアミロイドイメージング剤を静脈注射し、60 分の安静後、約 20 分間頭部の PET 画像と CT 画像を撮影します。検査は撮影中に安静に寝ているだけで終了します。

【使用のお薬：なにがわかるのか？】

- ・18F-フルテメタモルと呼ばれる、微量の放射線を出す診療用の薬を使います。18F-フルテメタモルを注射すると脳内に沈着した β アミロイドを可視化させ、蓄積の程度がわかります。この検査は、アルツハイマー型認知症の診断に有用な検査の一つです。

【副作用について】

- ・**血圧上昇、悪心、胸部不快感、頭痛やめまいが現れることがあります。**非常に稀ですが、呼吸困難など生命に関わる重篤な症状が出ることもあります。症状があるときはすぐにお知らせください。

【安全性と危険性について】

- ・当院で使用するアミロイドイメージング剤は、日本メジフィジックス株式会社にて製造された放射性医薬品 フルテメタモル（18F）注射液 ビザミル®静注を用います。
また、当院は日本核医学会が定める認証（アミロイドイメージング剤を用いた脳 PET 撮像の「PET 撮像施設認証」）を受けており、撮影は日本核医学会「アミロイドイメージング剤を用いた脳 PET 撮像の標準的プロトコール」に基づき検査しています。
- ・放射線被曝はできるだけ少なくするのが原則的な考え方ですが、患者様が受ける利益（病気の正確な診断や最適な治療法を選択できるなどの利益）が、放射線被曝による害を上回るとの医師の判断のもと検査を行っています。**アミロイド PET-CT 検査による被曝線量は胃透視（胃バリウム検査）とほぼ同程度で、身体への影響はありません。ガイドラインに準じて線量の低減に努めておりフルテメタモル線量は約 5mSv（ミリシーベルト）、CT 撮像は通常 2~3mSv です。**この程度の被曝線量では放射線障害は起こりません。癌や白血病のリスクもないと言えますので安心してください。
- ・放射性物質は時間の経過とともにどんどん少なくなっていくます。注射後約 2 時間で半分に減少し、4 時間でさらに半分に減少します。放射線による周りの方々の被曝を防ぐためできるだけ検査当日の入込みへの外出もお控えください。検査翌日は問題ありません。

【撮影画像の読影について】

- ・得られた脳アミロイド画像は、日本核医学会が実施するアミロイド PET 読影講習を修了した日本核医学会の核医学専門医が読影し、判定しています。

【同意について】

- ・検査当日、医師により上記検査内容の説明を行います。
充分納得した上で診察時、同意書にサインをお願いします。



アミロイド PET/CT 検査 問診票（保険診療用）

ふりがな

回答日： 年 月 日

氏名： 身長： cm 体重： kg

生年月日： 年 月 日

次の問いにお答えください

問 1. 主治医にレカネマブ治療の内容、安全性に関する説明を受けており、
治療を受ける意思がありますか。

はい いいえ

問 2. 現在服用している薬はありますか。

はい（薬名： ） いいえ

※お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。

問 3. 糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか。

はい いいえ

※「はい」と答えた方のみ、現在の治療に○をつけてください
（ 内服薬 ・ インスリン注射 ・ 食事療法 ・ 未治療 ）

問 4. 心臓のペースメーカー、その他の電子機器が体に入っていますか。

はい いいえ その他（ ）

問 5. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）がありますか。

はい いいえ

問 6. この1年間で特定健診または長寿健診を受診されましたか。

受診した（受診時期： 年 月） ・ 受診していない

⇒異常はありましたか

あり（ ） ・ なし

問 7. 薬やアルコール（酒類）、食品等でアレルギーを起こしたことはありますか。

あり（ ） ・ なし

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。
診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

・マイナンバーカード あり ・ なし

・マイナ保険証による診療情報取得に 同意する ・ 同意しない

レカネマブ(レケンビ)投与対象となる患者

投与の要否の判断にあたっては、以下のすべてに該当するアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の患者であることを確認する。無症候でA β 病理を示唆する所見のみが確認できた者及び中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者には投与開始しないこと。

- ① 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されていること。
- ② 本剤の禁忌に該当しないこと。

【禁忌】

- ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者。
 - ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1 cmを超える脳出血が認められる患者。
- ③ MRI検査(1.5 Tesla以上)が実施可能であること。(例:金属を含む医療機器(MR装置に対する適合性が確認された製品を除く)を植込み又は留置した患者は不可)
 - ④ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たすことが、投与開始前1か月以内の期間を目安に確認されていること。
 - (a) 認知機能評価 MMSEスコア 22点以上
 - (b) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア 0.5又は1

独居者の場合は、患者の周囲の者、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等の協力を得て、独居者の日常生活の様子を聴取することにより客観的な評価を行い、CDR全般スコアを評価すること。ただし、患者の周囲の者、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等からの情報が得られない等、CDR全般スコア評価が困難な場合は、他の評価方法により、認知症の重症度の範囲が同等であることを確認した上で用いること。

- ⑤ ①～④を満たすことを確認した上で、アミロイドPET又は脳脊髄液(CSF)検査を実施し、A β 病理を示唆する所見が確認されていること。