

アミロイド PET-CT ご依頼の先生方へ

以下の項目をご確認ください。

1. 保険適用に関する注意事項

- ・厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る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(遺伝子組換え)製剤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検査適応となります。
- ・保険適用の変更、診療報酬の改定などにより、内容が異なってくる場合があります。都度ご案内をいたしますが急な変更もございます。あらかじめご了承ください。

2. ご予約の際の注意事項

以下に当てはまる方は検査をお受けできませんのでご注意ください

- ・入院中
- ・歩行困難（ご自身で検査台への移乗やトイレへの移動ができない方）
- ・検査時に鎮静が必要
- ・2時間程度待機室で静かに過ごせない
- ・撮影時に30分程度仰臥位でいられない
- ・重度の閉所恐怖症
- ・意思の疎通が十分にとれない
- ・妊婦、妊娠している可能性がある婦人又は授乳婦
- ・検査前後の注意事項が守れない
- ・アルコールアレルギー

以下に当てはまる方は、検査終了まで付き添いの方の介助が必要です。

（検査担当者は介助できませんのでご了承ください。）

- ・車いす移動の方（移動の際、付き添いの方に介助していただきます）
- ・オムツ・尿とりパッドや排尿バックを使用中で、ご自分で交換/廃液ができない方（オムツ等交換や排尿バックの廃液を介助していただきます）
- ・視覚障害の方（移動の際、介助していただきます）

＊周囲への放射線被ばくを伴うため、検査当日は PET/CT 検査のみのお申込みとさせていただきます。同日に他科の診察や検査等の予約はご遠慮ください。

＊狭いところが苦手な方に関しては、患者様とよくご相談のうえ、検査可能と思われる場合のみご予約可能です。（事前に検査室内の見学を希望の方は当院にご相談ください）

3.ご予約方法

①申し込み用紙をご記入の上、FAX にてお申込みください。

FAX 番号 0258-28-9060（長岡赤十字病院 病診連携室）

②当院病診連携室より、予約日を確定し FAX にて返信いたします。

尚、必要事項がご記入されていない場合や不明点は、電話にて確認させていただきます。

③患者様に以下の書類をお渡しし、検査当日持参していただくようにご説明をお願いします。

- ☐ 「アミロイド PET/CT 検査予約票」
- ☐ 「アミロイド PET/CT 検査申込書 兼 診療情報提供書」
- ☐ 「アミロイド PET/CT 検査同意書」
- ☐ 「アミロイド PET/CT 検査問診票」
- ☐ 「アミロイド PET/CT 検査を受けられる方へ」
- ☐ 「当日のアミロイド PET/CT 検査の流れ」
- ☐ 検査データ（直近の MRI 画像）
- ☐ マイナ保険証、および各種医療証
- ☐ 当院の診察券（お持ちの方）

4. その他、ご予約後の注意事項

- ・検査予約のキャンセルや予約の変更は、お早めに当院にご連絡をお願いします。
- ・検査前日 15 時以降のキャンセルや無断で検査当日来院されない場合は、当院から患者さんへ薬剤費用約 22 万円を請求させていただきます。
- ・予定時間より大幅に遅れて来院された場合や注意事項が守られない場合は、検査を中止させていただくことがあります。
- ・内服薬は服用していただいてもかまいません。
- ・検査当日に発熱や風邪症状がある場合は、当院にご連絡をお願いします。PET/CT 検査前に新型コロナウイルス抗原検査をお願いすることがあります。
- ・注射後 1 2 時間程度は乳幼児や妊娠している方との接触は控えていただきます。

＊アミロイド PET/CT 検査の目的等を患者様に説明していただき、同意を得て下さい。

＊検査料は紹介元医療機関でお支払いいただきます。

＊検査費用は保険適用 3 割負担で約 7 万 5 千円です。