

アミロイド PET/CT 検査お申し込みについて

保険適用要件

以下要件を満たす場合に受託可能です

- レカネマブ等の抗アミロイドβ抗体製剤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こと
- 依頼医は認知症やアルツハイマー型認知症に関する十分な知識と経験を持つ専門医師であること
- 軽度認知障害(MCI)または軽度認知症と診断された患者で、アルツハイマー型認知症によるアミロイドβプラークの存在確認目的であること
- レカネマブ等の抗アミロイドβ抗体製剤の投与の要否判断目的であること
- CSF(脳脊髄液)検査が実施されていないこと

保険適用時の患者負担について

- 3割:約68,000円
- 2割:約46,000円
- 1割:約23,000円

なお、自費診療での検査はお引き受けしておりません。

予約方法

- 予約可能日:毎週木曜日、14時検査枠(1時間前来院) ※3時間前より絶食指示あります。
検査所要時間は約2時間30分です。

『アミロイド PET/CT 検査申込書』をご記入頂き、高機能診断センター(FAX:0267-88-7219)へお送りください。

お申し込み時、診断に至る経過や検査を要する状態について御記載ください。

※保険適応がない場合、あるいは臨床情報より保険適応外と判断した場合、検査をお断りする場合がございます。

※キャンセルの場合、予約前週の金曜日 16 時までにご連絡ください。それ以降のキャンセルについてはキャンセル料(薬剤本体費用)の請求をさせていただく場合がございます。

検査当日にご持参頂く物

- ・保険証
- ・予約確認票および問診票(予約確定時に当方よりお送りいたします)
- ・紹介状および検査報告書等の原本
- ・MRI 画像データ(撮影済の場合):検査精度が向上しますので、可能な限り御提供ください。

検査データの通知について

検査結果について、以下の通り対応が可能です。申込書所定欄にてご指定ください。

- ・画像データ:CD-Rにてご用意いたします。1週間程度で到着するよう郵送いたします。
- ・読影結果:紙媒体でのご提供です。1週間程度で当方より郵送でお送りいたします。

アミロイド PET/CT 検査申込書

【患者基礎情報】

ふりがな.....
氏名 _____ (男・女)
生年月日 ^{T・S} _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
^{H・R}
住所 [] - []
電話(_____) 携帯(_____)

【紹介元】

紹介日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____
医師名 _____
TEL _____ (_____)
FAX _____ (_____)
 外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

診断名	
検査要件 (右記全てにチェックされる事をご確認ください)	<input type="checkbox"/> レカネマブ等の抗アミロイドβ抗体製剤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こと <input type="checkbox"/> 依頼医は認知症やアルツハイマー型認知症に関する十分な知識と経験を持つ専門医師である <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)または軽度認知症と診断された患者で、アルツハイマー型認知症によるアミロイドβプラークの存在確認目的である <input type="checkbox"/> レカネマブ等の抗アミロイドβ抗体製剤の投与の要否判断目的である <input type="checkbox"/> CSF(脳脊髄液)検査が実施されていない <input type="checkbox"/> ビザミル静注とその成分に過敏症がない <input type="checkbox"/> 妊娠及びその可能性がない (MRI 画像がありましたら御提供ください:撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
検査希望日 (木曜日のみ)	_____ 月 _____ 日(木) 14時00分～
【検査依頼内容】(その他ご要望あればお知らせください) ※診療情報提供料算定される際は別紙添付してください	

佐久医療センター 高機能診断センター
TEL 0267-88-7956 FAX 0267-88-7219