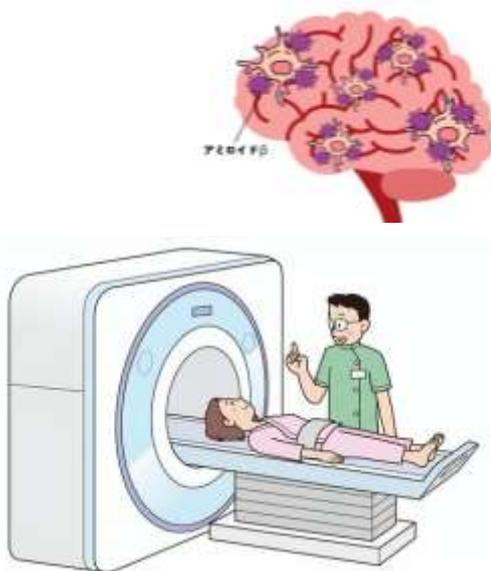


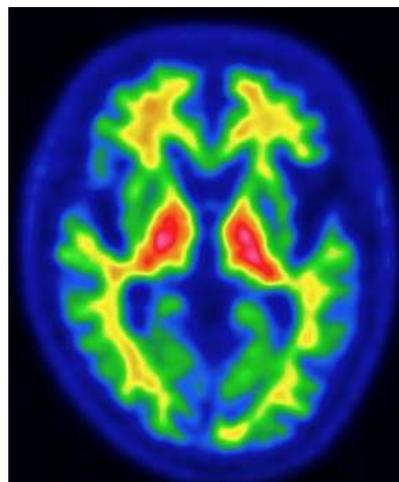
# 保険適用のアミロイドPET 検査のご案内

- ◆開 始：令和6年7月1日より
- ◆費 用：約75,000円（3割負担の場合）
- ◆検 査 日：毎週金曜日 午後（完全予約制）
- ◆予約方法：アミロイドPET検査依頼申込書をFAX送信ください。

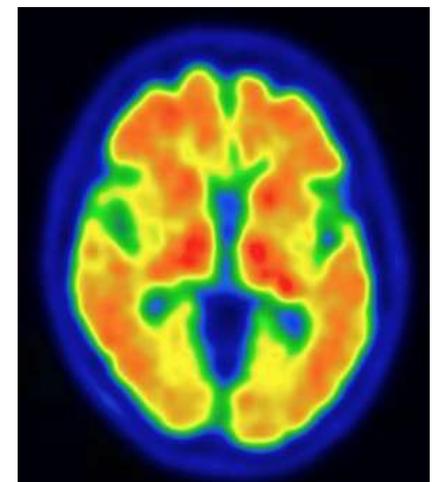
※裏面の保険適用条件に該当されることをご確認ください



正常（βアミロイド陰性）



異常（βアミロイド陽性）



## 【お問い合わせ先】

〒063-0052 札幌市西区宮の沢2条1丁目16番1号

札幌孝仁会記念病院 医療連携相談部

TEL 011-665-0020（代表）／FAX 011-665-0123（直通）

## <保険適用要件>

- 貴院がレカネマブ製剤に係わる最適使用推進ガイドラインの基準を満たしている
- レカネマブ製剤の要否を判断する目的とした髄液検査を実施していない
- 認知機能の低下及び臨床症状の重篤度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たすことが投与前1ヶ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) 臨床認知度尺度 CDRスコア 0.5 又は 1
- 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
- 脳MRIでレカネマブ製剤の禁忌に該当しない

## <注意事項>

- 検査薬にアルコールが含まれている為、アルコールにより呼吸困難や蕁麻疹など重篤な症状が出現する方はお申出ください
- 検査待機中や排泄の際に介助が必要な患者様は付添をお願いします
- PET検査をキャンセルされる場合は、前日15時までにご連絡をお願い致します