

# アミロイド脳 PET 検査のお申込みについて

(医療機関の先生方へ)

日本赤十字社医療センター 医療連携課

当センターでは、患者さんにスムーズに検査を受けていただき、先生方の業務を軽減するため、以下のとおりご案内させていただきます。ご面倒をおかけしますが、主旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

■ **アミロイド脳 PET 検査のお申込みは、認知症抗体医薬「レカネマブ」(販売名：レケンビ® 点滴静注)の投与が可能な医療機関に限ります。**

1. お申込みにあたりましては、**検査希望日の 1 週間前までに**専用の「診療情報提供書兼申込書(脳アミロイド PET 検査用)」に必要事項をご記入いただき、FAX してください。

なお、事前にお電話にてご相談いただき、仮予約をしていただいたうえで FAX いただいても結構です。申込書の原本は患者さんへお渡ししてください。

2. 受付後、以下の検査説明書等の必要書類を FAX いたしますので、恐縮ですが、患者さんにお渡しいただき、アミロイド脳 PET 検査についてご説明ください。

- ・「アミロイド脳 PET 検査に関する説明書」
- ・「アミロイド脳 PET 検査に関する同意書」(本人控・病院控)

※検査説明後、患者さん(同意書)と**先生(説明書・同意書)**のご署名をお願いいたします。

3. かかりつけ医の先生を通じて申込みいただいた後、患者さんのご自宅に以下の書類をご郵送いたします。

- ・「アミロイド脳 PET 検査 予約票」
- ・「検査当日の流れ」
- ・「アミロイド脳 PET 検査 問診票」
- ・診察カード(※当センターを初めて受診される方のみ)

4. 検査当日、患者さんには問診票をご記入いただき、上記必要書類と「診療情報提供書兼申込書(脳アミロイド PET 検査用)」の原本とともに、当センター紹介状受付にお出してください。

5. 検査結果は、かかりつけ医の先生あてにご郵送いたします。かかりつけ医の先生から患者さんに検査結果をご説明ください。

※ご不明な点につきましては、ご遠慮なくお問い合わせください。

医療連携課 TEL 03-3400-0471 (直通)