アミロイドPET検査をご依頼いただく医療機関さまへ

厚生労働省の定める「レカネマブ（遺伝子組み換え）製剤に係る最適使用推進ガイドライン」、「ドナネマブ（遺伝子組み換え）製剤に係る最適使用推進ガイドライン」に沿って、レカネマブ製剤またはドナネマブ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目的であり、最適使用推進ガイドラインに準拠している施設からのご依頼のみとなります。
専用申込書「H診療情報提供書（アミロイドPET検査依頼書）」に必要事項をご記入いただき、FAXにてお申込みください。
　尚、以下のすべての項目を満たしていただく必要がございます。

1．紹介元医療機関がレカネマブまたはドナネマブ（遺伝子組み換え）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。
2．1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を実施している。
3．認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の①及び②の両方を満たしている。
　①　認知機能評価　　MMSEスコア（レカネマブ22点以上）（ドナネマブ20点以上～28点以下）
　②　臨床認知症尺度　　CDR全般スコア（0.5または１）
4．脳脊髄液（CSF）検査を行っていない。

アミロイドPET検査は保険適用要件が非常に厳しくなっています。
ご依頼される先生方には診療情報提供書の記載事項につきまして、より一層のご協力をお願いいたします。