

## 千葉医療センター レカネマブ投与希望 ご紹介時チェックシート

記入日：\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 担当医：\_\_\_\_ 患者氏名：\_\_\_\_\_

### 【投与対象となる患者】

- 患者本人・家族(介護者)の、有効性・安全性に関する内容も踏まえ、本剤による治療意思を確認している。
- アルツハイマー病による、軽度認知障害および軽度の認知症を強く疑う。  
注意：無症候で、アミロイドβ病理を示唆する所見のみが確認できた者、および中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者は投与不可。
- 千葉医療センターに、2週間に1回（準備含め約3時間/回）家族の付き添いのもとで通院可能。
- MRI 検査（1.5 Tesla 以上）が実施可能である。  
例：金属を含む医療機器（MR 装置に対する適合性が確認された製品を除く）を植込み、又は留置した患者等は不可。
- 定期的に家族付添いのもと MRI 撮像を受けることが可能。（少なくとも治療前、投与6ヶ月以内に3回）。
- 認知機能評価検査 MMSE のスコアが22点以上である。
- アミロイド PET と脳脊髄液（CSF）検査の両方の検査実施に同意している。
- 上記の条件を満たしても、他の条件や主治医の判断で適応外となることを承諾している。

### 【投与の可否を慎重に判断する項目】

- 1年以内の一過性脳虚血発作、脳卒中または痙攣の既往がある。
- 高血圧が持続している。
- 妊婦(妊娠の可能性)、または授乳婦である。
- 抗血小板薬・抗凝固薬を内服している。
- 他の治験に参加中である。

以上、上記すべて項目を確認してください。ご記入の上、紹介状に添えて下さい。  
お問い合わせ：☎ 043-251-5320（千葉医療センター 地域医療連携室）