

抗アミロイドβ抗体治療薬（レカネマブ・ドナネマブ）に関するアンケート

1/2

医療機関名		記入日	令和 年 月 日
-------	--	-----	----------

御記入者について

所属		役職	
お名前		電話番号	

(1) 貴医療機関において、抗アミロイドβ抗体治療薬の投与を実施されていますか。

- 投与している → (2) へ
検討中 → (3) へ
実施したいがどうしてよいかわからない → (4) へ
実施の予定なし → (5) へ

(2) 投与している医療機関の方へ

① 実施している内容にチェックを入れてください。

- | | | | |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 初期投与 → <input type="checkbox"/> レカネマブ
(6ヶ月まで) | <input type="checkbox"/> ドナネマブ | <input type="checkbox"/> 継続投与 → <input type="checkbox"/> レカネマブ
(6ヶ月以降) | <input type="checkbox"/> ドナネマブ |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------|

② 検査体制についてお答えください。

検査項目	自院で実施	他院で実施（医療機関名を記入）	未実施
MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>
髄液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>
アミロイド PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>

③ 実施医療機関について県内の各認知症疾患医療センターで共有予定です。貴医療機関の情報の共有は可能ですか。

- 可 不可

④ 実施医療機関の一覧を熊本県認知症疾患医療センターのホームページに掲載予定です。貴医療機関の掲載は可能ですか。

- 可 不可

公表可能な場合は、別紙依頼文の「ホームページでの公表イメージ」を参考に
貴院における“受診にあたってのお願い”を以下にご記載ください

例) まずは電話で御相談ください。受診の際はかかりつけ医からの紹介状、及び家族・介護者の同伴が必要になります。

⇒ (5) へ

(3) 検討中の医療機関の方へ

① 検討している内容にチェックを入れてください。

- | | | | |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 初期投与 → <input type="checkbox"/> レカネマブ
(6か月まで) | <input type="checkbox"/> ドナネマブ | <input type="checkbox"/> 継続投与 → <input type="checkbox"/> レカネマブ
(6か月以降) | <input type="checkbox"/> ドナネマブ |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------|

② 検査体制についてお答えください。

検査項目	自院で実施	他院で実施（医療機関名を記入）	未実施
MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>
髄液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>
アミロイド PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/>

③ 現時点での課題をご記入ください。

例) 点滴スペースの確保が困難、人員不足（専門医・看護師がいない）等

⇒ (5) へ

(4) 実施したいがどうしてよいかわからない医療機関の方へ

実施にあたり困っていることや支援を希望する点などをご記入ください。

⇒ (5) へ

(5) ご意見等があればご記入ください。

※こういった情報が欲しいなど、どのようなことでも構いません。

⇒アンケートは以上です。御協力いただき、ありがとうございました。

【アンケートに関するお問い合わせ先】

熊本県基幹型認知症疾患医療センター 熊本大学病院

(直通電話) 096-373-5784 (FAX) 096-373-5186

(メール) kumadaininchi@kuh.kumamoto-u.ac.jp