

H 診療情報提供書(アミロイドPET検査依頼書)

総合大雄会病院

年 月 日

放射線

科

医師

検査希望日

紹介医療機関名

第1希望 年 月 日 () 連携登録医名

印

第2希望 年 月 日 () TEL

第3希望 年 月 日 () FAX

検査は火曜日から金曜日の午後のみとなります

ふりがな		生年月日	年齢	性別
患者氏名				○ 男 ○ 女
〒				
☎				

※保険証またはマイナンバーカードは検査当日に必ず持参するようにご指導お願いいたします。

依頼医チェック項目(必須) □にチェックをお願いします。

☐ 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。

☐ 1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を実施している。

☐ 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。

【 】にスコア及び施行日をご記入ください。

① 認知機能評価 MMSEスコア 【 点】 【 年 月 日】

② 臨床認知症尺度 CDR全般スコア【 】(0.5または1) 【 年 月 日】

☐ 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。

※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります。

臨床診断				
検査目的	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、治療薬投与の要否を判断する (対象となる治療薬 ○レカネマブ ○ドナネマブ)			
	<input type="checkbox"/> ドナネマブ開始後12か月を目安とした投与完了の可否の判断			
希望するPET製剤	<input type="checkbox"/> ビザミル	<input type="checkbox"/> アミヴィッド	<input type="checkbox"/> 希望なし	
持参画像	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> その他()
患者情報	妊娠	○ 有	○ 無	○ 不明
	閉所恐怖症	○ 有	○ 無	
	来院方法	○ 独歩	○ 車いす	○ ベッド
臨床経過・既往歴				

送付先 総合大雄会病院 地域医療連携室

FAX 0586-24-9999

※右記のFAX番号を確認後送信してください。

TEL 0586-26-2366(直通)

※個人情報の取扱いについては慎重にお願いします。