

診療情報提供書(アミロイド PET 検査依頼書)

年 月 日

医療法人光陽会 魚住クリニック 担当医殿

病院・医院

科 外来 入院中

医師

予約日時	年 月 日 (曜日) 時 分		
ふりがな	体重	生 年 月 日	性別
患者氏名	kg	昭 大・平 年 月 日	男・女
患者住所	〒	電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)	
臨床診断			
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定		
検査に必要な確認事項 ※必須			チェック
・レカネマブ(遺伝子組み換え)製剤に係わる最適使用推進ガイドラインに準拠していることとしていること ※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。			<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、レカ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ること			<input type="checkbox"/>
・頭部 MRI 検査のデータ持参			<input type="checkbox"/>
・脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと			<input type="checkbox"/>
患者様へ説明・同意をお願いします ※必須			チェック
・アミロイド PET 検査に使う薬剤について(HPよりダウンロードお願いします)			<input type="checkbox"/>
・アミロイド PET 検査説明・同意書(HPよりダウンロードお願いします) ※同意書(4枚目)につきましては、患者様、説明医師名を記入し診療情報提供書へ同封もしくは ご本人が来院される際に持参をお願いします。			<input type="checkbox"/>
MMSE (/ 30) HDS-R (/ 30) その他 () 臨床経過・既往			
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	体内デバイス	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 人工内耳・その他 ()
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車いす ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
30分静止	<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 不可	アルコール 不耐症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
その他留意点			

(注)生活保護の場合は事前に福祉事務所への連絡が必要です

医療法人光陽会 魚住クリニック

〒862-0941 熊本市中央区出水 7-36-25

TEL 096-370-7111 FAX096-370-7117