|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | | | （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 |
| 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 |  | | | ㎏ | 昭　大・平 | | 年　　　月　　　日　　 日 | 男・女 | |
| 患者住所 | 〒　　　　 電話番号（昼間連絡がとれる所・携帯） | | | | 電話番号(日中連絡の取れる所・携帯） | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 臨床診断 | □　アルツハイマー病疑い | | | | | | | | |
| □　その他（自費診療の場合は「患者様への説明・同意」の項目のみが必須となります） | | | | | | | | |
| 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  □　レカネマブまたはドナネマブ製剤投与開始前  □　ドナネマブ製剤投与終了の可否を検討（目安：投与開始12ヶ月）  □　レカネマブまたはドナネマブ中止後に、初回投与から18ヶ月を超えて再開予定 | | | | | | | | |
| **検査に必要な確認事項　※必須** | | | | | | | | | **チェック** |
| ・紹介元医療機関が厚労省の定める抗アミロイドβ抗体薬の最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である。 ※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。 | | | | | | | | | □ |
| ・脳脊髄液検査におけるアミロイドβ42/40比測定を行っていない。**※施行されている場合は自費診療となります。** | | | | | | | | | □ |
| ・1.5T以上のMRI検査を実施している**（検査日：　　　　　　　）**  **※頭部MRI画像データが必要です。くまもとメディカルネットワークでのデータ転送、またはCDR持参が必要** | | | | | | | | | 検査日記入 |
| ・認知機能評価（MMSE）　　　　スコア：　　　点　※レカネマブ（22点以上）、ドナネマブ（20点以上～28点以下） | | | | | | | | | 点数記入 |
| ・臨床認知症尺度（CDR全般）　スコア：　　　点　※（0.5または1.0） | | | | | | | | | 点数記入 |
| **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） | | | | | | | | | □ |
| ・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。 | | | | | | | | | □ |
| 臨床経過・既往 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 妊娠 | □無　・ □有 | | 体内デバイス | | | □無　・ □有　人工内耳・その他（　　） | | | |  |
| 閉所恐怖症 | □無　・ □有 | | 移動方法 | | | □独歩・ □車いす・ □ストレッチャー | | | |  |
| ３０分静止 | □可能・ □不可 | | アルコール不耐症 | | | □無　・ □有 | | | |  |
| その他留意点 | | | | | | | | | |  |
|  |
| 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 | | | | | | | | | |  |