|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |