

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	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病疑い		
	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブ製剤投与開始前		
	<input type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/>
・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。			<input type="checkbox"/>
・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)			<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"/>
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