

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	☐ 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β 42/40 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				

(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