

アミロイド PET 検査依頼書（診療情報提供書）

医療機関名	電話番号： — —		
診療科	担当医師名		
ふりがな			性別 生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日（ 歳）
患者住所	〒 -		
診断名			
外来・入院	<input type="checkbox"/> 外来：患者の連絡先電話番号： — — <input type="checkbox"/> 入院 本人以外の連絡先 お名前（ ） 患者とのご関係（ ） 電話番号： — —		
<p>ご確認の上チェックをお願いします。また必要事項の記載もお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 当施設はレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センターである</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センターでない</p> <p>連携する認知症疾患医療センター（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> レカネマブ製剤による治療意思が患者本人及び家族に確認されている</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部MRIでレカネマブの禁忌に該当していない</p> <p><input type="checkbox"/> 直近の頭部MRI画像を持参させてください</p> <p><input type="checkbox"/> アミロイドPET検査はアルツハイマー病による軽度認知障害また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の確認のためである</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症検査が施行されている</p> <p>認知機能評価 MMSEスコア【 点】 レカネマブ治療条件 22点以上</p> <p>臨床認知症尺度 CDR全般スコア【 】 レカネマブ治療条件 0.5または1</p> <p><input type="checkbox"/> 脳せき髄液検査を行っていない</p> <p>上記のすべてにチェックを入れ必要事項をご記入いただけませんと検査をお受けできません</p>			
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす（介助不要） <input type="checkbox"/> 車いす（要介助） ・ストレッチャーの患者の検査はお受けしていません		

当院では検査を受けられる患者の送迎をいたします。送迎希望の有無をお知らせください。

- 送迎必要（患者連絡先へ直接お電話させていただきます）
- 送迎不要

記載後、FAXでお送りください。原本は検査当日持参させてください。

東近江市蒲生医療センター 放射線科 TEL：0748-55-1177

FAX：0748-55-8076

●書式の改変はご遠慮ください。