

診療情報提供書 (アミロイドPET検査依頼書)

検査日
月 日
来院時間
13 時 15 分

＜紹介先医療機関等名＞
福岡記念PET・健診センター
担当科 放射線科 担当医 殿

記入日
年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
〒 -

診療科
(入院()病棟

科
・ 外来)

担当医師名
印

電話:
FAX:

患者氏名	フリガナ		性 別	身長	cm	体重	kg
	氏 名		男 ・ 女				
生年月日	昭 ・ 平 年 月 日 (歳)			職 業			
患者住所	〒 -						
電話番号①				携帯番号②			
				優先 ① ・ ②			

傷病名	アルツハイマー病 疑い						
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						
臨床経過							
既往歴							
現在の処方							
手術歴	☐ 無 ☐ 有 年 月 日 術式 ☐ 無 ☐ 有 年 月 日 術式						
チェック事項	注意事項: 下記の事項をご確認頂きすべての欄にチェックがない場合は保険適応外となります						
	☐ 貴院はレカネマブ(遺伝子組み換え)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						
	☐ 貴院はドナネマブ(遺伝子組み換え)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						
	☐ レカネマブ:MMSEスコア22点以上 ()点 CDRスコア0.5もしくは1()						
	☐ ドナネマブ:MMSEスコア20点以上 ()点 CDRスコア0.5もしくは1()						
	☐ アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ製剤、ドナネマブ製剤の投与の要否を判断する目的である						
	☐ アミロイドβ 42/40比(髄液)における保険算定を行っていない						
今後の予定	☐ アミロイドPET検査を受けたことがない ※(初回投与より18ヵ月を超え再投与の場合除く)						
	次回受診日(月 日)						

検査前確認事項

患者様の状況	現在状況	☐ 外来 ☐ 入院中(輸液・酸素・導尿・ドレーン) ☐ その他()
	移動手段	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー
	体内金属	☐ なし ☐ あり(☐ ペースメーカー ☐ スtent、CVポート) ☐ その他()
	付き添い	☐ なし ☐ あり ※問診、移動、排泄に介助が必要な方は必ずお付添願います。
	閉所恐怖症	☐ なし ☐ あり ※鎮静剤や安定剤などが必要な方は持参させて下さい。
	その他	

◎記入後原本をご郵送ください。
◎画像診断データ、検査データの添付をお願い致します。

社会医療法人大成会
福岡記念PET・健診センター
〒810-0054福岡市中央区今川2-16-16
TEL:092(739)0110 FAX:092(739)0212