

## 診療情報提供書（脳アミロイドPET検査依頼書）

保険診療

記載日

年 月 日

検査日

年 月 日 ( ) 時 分 予約

紹介元

医療機関名 所在地		電話番号	
診療科		担当医	

患者情報

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年	月	( ) 日 歳)
氏名	様					
住所	〒			TEL	-	-
■ 移動	歩行 • 杖 • 車イス • ストレッチャー • その他 ( )					
■ 感染症	無 • 有 → (病名 : )		■ アルコール摂取での過敏症状 ※ごく少量のエタノールが薬液に含まれます		無 • 有	

付添者

付添者氏名		様	続柄		同居 • 別居
電話番号	自宅		携帯		

以下のいずれかの検査目的にチェックをお願いいたします

検査目的	治療(予定)薬剤	<input type="checkbox"/> レカネマブ <input type="checkbox"/> ドナネマブ
	( ) アルツハイマー病による 【( ) 軽度認知障害(MCI) / ( ) 軽度の認知症】が疑われる患者様に、レカネマブまたはドナネマブ製剤投与の要否を判断するため	
	( ) レカネマブまたはドナネマブ投与中止後、初回から18ヶ月を超えて投与を再開する際の要否を判断するため	
	( ) ドナネマブ投与開始から12か月(目安)後の効果判定のため	
	( ) ドナネマブ投与開始から18か月後の投与継続判定のため	

保険適応条件は以下のとおりです。ご確認ください

チェック項目	( ) ご依頼施設は厚生労働省が制定する「最適使用推進ガイドライン(レカネマブまたはドナネマブ)」に準拠している
	( ) レカネマブまたはドナネマブの投与について患者様及びご家族(または介護者)の同意を得ている
	( ) 患者様は「最適使用推進ガイドライン(レカネマブまたはドナネマブ)」における投与対象に該当している
	( ) 患者様は保険診療での脳脊髄液検査を行っていない

特記事項

認知機能評価 MMSEスコア ( ) 点 / (検査日 : 年 月 日)
臨床認知度尺度CDR全般スコア ( ) 点 / (検査日 : 年 月 日)

お問い合わせ先 〒060-042

札幌市中央区大通西17丁目1-27 札幌メディケアセンタービル桂和

TEL : 011-623-1131

FAX : 011-623-1132

## 診療情報提供書（脳アミロイドPET検査依頼書）

自由診療

記載日

年 月 日

検査日	年 月 日 ( ) 時 分			予約

紹介元	医療機関名 所在地		電話番号	
	診療科		担当医	

患者情報	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年	月	(	日
	氏名	様						
	住所	〒			TEL	-	-	
	■ 移動	歩行	・ 杖	・ 車イス	・ ストレッチャー	・ その他	(	)
	■ 感染症	無	・ 有	(病名:	)	■ アルコール摂取での過敏症状	無	・ 有

※薬液にはごく少量のエタノールが含まれます。

付添者	付添者氏名		様	続柄		同居	・	別居
	電話番号	自宅		携帯				

(以下のいずれかの検査目的にチェックをお願いいたします。※健診目的や、治療方針に関わる以外の目的では検査をお受けできません。)

検査目的	( )	臨床症状または発症年齢が非定型的で、適切な治療のためにアルツハイマー病の可能性を支持または除外するため	
	( )	アルツハイマー病が疑われ、抗アミロイドβ抗体薬治療のために診断を要するため	
	( )	抗アミロイドβ抗体薬治療によるアミロイドβ プラーク除去の確認のため	
	認知症スクリーニング検査の結果(□にチェックと( )内に点数の記載をお願いいたします)		
	□ MMSE ( 点) □ 長谷川式 ( 点)		
	髓液アミロイドの結果(□にチェックをお願いいたします)		
	□ 陽性 □ 陰性 □ 未施行		
	その他(下記にご記載ください)		

特記事項	
------	--