

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

氏名

様

男・女

生年月日

年

月

日

()

歳

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

☐ レカネマブ

☐ 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)

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 (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	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)	
	髄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	
------	--