

診療情報提供書(アミロイドPET-CT検査依頼用)

年 月 日

検査予約時間： 年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分

貴医療機関名	診療科	担当医師(フルネーム)		
住所 〒				
TEL ()		FAX ()		
紹介患者様氏名	生年月日	性別	身長	体重
(フリガナ)	年 月 日 (歳)		cm	kg
住所 〒				
TEL ()		緊急連絡先		

保険診療確認事項(保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

臨床診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 軽度の認知症
検査目的	<input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブ製剤投与の要否となるアミロイドβ病理の確認 <input type="checkbox"/> レカネマブ製剤投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合 <input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤投与開始後12ヶ月を目安に投与完了の可否となるアミロイドβプラークの除去を評価
確認項目	<input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナ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こと *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 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと <input type="checkbox"/> 認知機能の低下および臨床症状の重症度判定が以下を満たしていること 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) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア【 】 (0.5または1) <input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブ製剤による治療意志が患者本人および家族に確認されている <input type="checkbox"/> 頭部MRI画像データの持参
臨床経過・既往歴	

 検査の正当性について説明し同意を得ています

保険適応外検査

検査目的	
------	--

患者状態確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(立位:可・不可) <input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
30分の静止	<input type="checkbox"/> 不可(不可:検査できません) <input type="checkbox"/> 可
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

診療情報提供書(アミロイドPET-CT検査依頼用)

(貴院控用)

年 月 日

検査予約時間： 年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分

貴医療機関名	診療科	担当医師(フルネーム)		
住所 〒				
TEL ()		FAX ()		
紹介患者様氏名	生年月日	性別	身長	体重
(フリガナ)	年 月 日 (歳)		cm	kg
住所 〒				
TEL ()		緊急連絡先		

保険診療確認事項(保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

臨床診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 軽度の認知症
検査目的	<input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブ製剤投与の要否となるアミロイドβ病理の確認 <input type="checkbox"/> レカネマブ製剤投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合 <input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤投与開始後12ヶ月を目安に投与完了の可否となるアミロイドβプラークの除去を評価
確認項目	<input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナ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こと *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 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと <input type="checkbox"/> 認知機能の低下および臨床症状の重症度判定が以下を満たしていること 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) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア【 】 (0.5または1) <input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブ製剤による治療意志が患者本人および家族に確認されている <input type="checkbox"/> 頭部MRI画像データの持参
臨床経過・既往歴	

検査の正当性について説明し同意を得ています

保険適応外検査

検査目的	
------	--

患者状態確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(立位:可・不可) <input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
30分の静止	<input type="checkbox"/> 不可(不可:検査できません) <input type="checkbox"/> 可
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有