◆診療情報提供書（アミロイドPET検査依頼書）◆

〈紹介先〉
☐ 西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター 宛

記入日　　年　　月　　日

患者様				
	フリガナ 氏　名		性　別	体　重
	生年月日	年　　月　　日　　歳		
	住　所	〒		
	TEL	自　宅		
		携帯･その他（　　）		

紹介元医療機関	
医療機関名	
診　療　科	
担 当 医 師	㊞
住　　所	〒
T　E　L	
F　A　X	

検査の目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定

◎確認事項→【　　】へ記載、チェックをお願いします。

【　　】紹介元医療機関が抗アミロイドβ抗体薬（レカネマブ及びドナネマブ）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。

【　　】抗アミロイドβ抗体薬による治療意思が患者本人及び家族に確認されている。

【　　】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、抗アミロイドβ抗体薬の投与の要否を判断する目的でアミロイドβプラークを可視化するもしくは抗アミロイドβ抗体薬投与後の脳内アミロイドβプラークの可視化を目的とする。

【　　】頭部MRIで抗アミロイドβ抗体薬の禁忌に該当していない。

【　　】頭部MRI検査のデータを必ず持参すること。

【　　】脳脊髄液検査を行っていない。（施行されている場合、全額自費となります）

【　　】　・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～28点）

　　・臨床認知症尺度 CDR全般スコア【　　点】　0.5または1

◎患者様へ説明・同意をお願いします　※必須

・患者様へ検査説明後に「同意書」への署名をお願いします。

・「同意書」は説明医師名を記入し診療情報提供書（本書）へ同封し、MRI画像データと併せて郵送もしくは患者様が来院時に持参できるようにご準備をお願いします。

※①アミロイドPET検査依頼書（本書）、②アミロイドPET検査説明書、③ 同意書、④アミロイドPET検査のご案内（受診者用）をホームページよりダウンロードください。

◎患者様の状態をお知らせください。

・現在の状況　（ ☐外来　・　☐入院　）　　・妊娠の可能性　（ ☐あり　・　☐なし　）

・閉所恐怖症　（ ☐あり　・　☐なし　）

＊当院では安定剤の処方はできませんので、必要な方は安定剤をご持参ください。

・仰臥位での20-30分の撮影が可能である　（ ☐はい・　☐いいえ　）

・アルコール他アレルギー　（ ☐なし　・　☐あり　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

・移動方法　（☐歩行　☐杖　☐車椅子　☐ストレッチャー　☐その他　（　　）

●検査結果のお届けは通常10日前後かかります。再診日がお決まりでしたらお知らせください。

次回受診日：　　月　　日　・　☐未定

申込み・問い合わせ

FAX：0957-25-1288　TEL：0957-25-6666　㈹0957-25-1150

医療法人 祥仁会 西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター 〒854-0063　諫早市貝津町3015