

診療情報提供書（アミロイドPET検査依頼用）

札幌東徳洲会病院 地域医療連携室
〒065-0033
札幌市東区北 33 条東 14 丁目 3-1
TEL 011-722-1117
FAX 011-712-5118

紹介元医療機関の所在・名称

診療科

医師名

TEL

FAX

| | |
|----------------|-----------------|
| フリガナ | |
| 患者様氏名 | 男 (才) 女 |
| 生年月日 (明・大・昭・平) | 年 月 日 |
| 電話 | — — |

臨床診断 アルツハイマー病 その他 ()

検査目的 アミロイドイメージングによる、アミロイド集積判定

チェック項目 (※必ずチェックをお願いします)

- 紹介元医療機関はレカネマブ製剤に関わる最適使用推進ガイドラインに準拠した施設である
- 認知症疾患医療センター以外の施設の場合、認知症疾患医療センター連携がされること
- 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レカネマブ製剤投与の要否を判断する目的である
- 脳脊髄液 (CSF) 検査を行っていない
- 頭部MRIでレカネマブ製剤の禁忌に該当していない
- 直近の頭部MRI検査の画像提供をお願いします。患者様に画像のCD-Rをお渡しください。
- 患者へ医療被ばくに関する正当性について説明し、同意を得ている

【臨床経過等】

【その他患者情報】

(※必ずいずれかへチェックをお願いします)

(※保険適用はMMSEスコア22点以上およびCDR全般スコア0.5又は1であることが要件です)

- ・認知機能スコア (MMSEスコア) : 22点以上 (保険適用) 21点以下
- ・臨床認知症尺度 (CDR全般スコア) : 0 0.5又は1 (保険適用) 2又は3 評価困難

【検査可能日】 毎週金曜日 2 枠 (祝日・年末年始を除く) 13 時 40 分 - 14 時 20 分

【検査希望日】 月 日(金)

※ 検査希望締め切りは、検査薬剤発注の関係で前日の午前中までとなります

- ★ 一週間ほどで画像CD・所見をお渡しできます。
- ★ 枠内の項目をご記入のうえ、下記へFAX送信をお願いします。
- ★ 『予約票』患者様用をFAXにて返信いたしますので、FAX及び電話番号の記入をお願いします。
- ★ 患者様への説明書類も同時に返信するときがありますので、よろしくお願ひ致します。

【申し込み先 FAX 011-712-5118】