

## 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<br>( 才 ) 女                      | 住所                              |
| 生年月日（明・大・昭・平）  | 年 月 日                             | 電話                              |
| 臨床診断   | <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 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を判断<br><input type="checkbox"/> ドナネマブ投与開始から12か月後を目安とした治療効果判定<br><input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブ投与中止後、初回から18か月を超えて投与再開の要否の判断<br><input type="checkbox"/> ドナネマブ投与開始から18か月後の投与継続判定   |                                   |                                 |
| チェック項目（※必ずチェックをお願いします）<br><input type="checkbox"/> 紹介元医療機関は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た施設である<br><input type="checkbox"/> 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と連携がとれること<br><input type="checkbox"/> 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またはドナネマブ製剤投与の要否を判断する目的である<br><input type="checkbox"/> 脳脊髄液（CSF）検査を行っていない<br><input type="checkbox"/> 頭部MRIでレカネマブまたはドナネマブ製剤の禁忌に該当していない<br><input type="checkbox"/> 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をお渡しく下さい。<br><input type="checkbox"/> 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】  |                                   |                                 |
| 【治療薬の投与開始前1か月以内のMMSEとCDRについて】<br>・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：20～28点）<br>・臨床認知症尺度CDR全般スコア【        】（0.5または1）<br>※カッコ内の場合が保険適用、治療効果判定時は記載不要   |                                   |                                 |
| 【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場合がありますので、よろしくお願い致します。

**【申し込み先 FAX 011-712-5118】**