

脳アミロイドPET-CT検査依頼票(診療情報提供書)

令和〇〇年〇月〇日

愛知県厚生農業協同組合連合会

【施設名】

安城更生病院 放射線科

安城更生クリニック

第1希望 令和〇〇年〇月〇日

TEL(△△△△)〇〇-××××

第2希望 令和××年×月×日

FAX(△△△△)〇〇-××××

第3希望 令和△△年△月△日

【医師名】 更生 太郎

フリガナ	アンジョウ ハナコ		性別	生年月日	
受診者名	安城 花子		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	T <input checked="" type="radio"/> S	H・R〇〇年〇月〇日
住所	安城市安城町東広畔28番地		TEL(△△△△)〇〇-××××		
保険別				公費負担別	
自費	交通	労災	生保	退家	退本
			国家	<input checked="" type="radio"/> 国本	健家
				健本	高前
				1割	2割
				3割	高後
					1割
					3割
					身障
					母子
					子ども
					その他
保険者番号			〇〇〇〇〇〇		
公費負担者番号					
記号	〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	公費負担受給者番号	
資格取得	〇〇.〇.〇	有効期限		被保険者・世帯主名	

【臨床情報】 ※詳細に必ずご記入下さい。尚③については別紙添付でも結構です

① 臨床診断 (その他の場合は保険適応外です)

《 軽度認知機能障害(MCI) ・ 軽度の認知症 ・ その他 》

② 検査目的

アミロイドイメージングによる脳内アミロイドβ集積の判定

③ 臨床経過、既往歴等

※別紙添付可。出来るだけ詳細にご記載ください。

【依頼医チェック項目(必須)】

- 厚生労働省の定めるレカネマブ製剤に係る最適使用推奨ガイドラインに沿って、レカネマブ製剤投与の可否を判断するためにアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する目的である
- 貴施設と依頼医はレカネマブ製剤に係る最適使用推奨ガイドラインに準拠している
- 受診者は1.5T以上の頭部MRI検査を実施しており、MRI所見を含めレカネマブ製剤の禁忌に該当しない
- 受診者はアミロイドβ脳脊髄液(CSF)検査の保険請求をしない
- 受診者は認知機能の低下および重症度範囲が以下の両方を満たしている ※1か月以内
認知機能評価MMSEスコア:()点(22点以上)/臨床認知症尺度CDR全般スコア:()点(0.5または1.0点)
※記載内容に誤りがあり、保険適応にならない場合には貴施設に検査料金をご負担いただく場合があります

- ◆ 身長 (〇〇) cm
- ◆ 体重 (〇〇) kg
- ◆ 糖尿病 (有 ・ 無)
- ◆ 患者の状態
- 歩行 車イス 全介助(ベット式車イス含) その他()
- 撮影30分間の静止 (可 ・ 不可) ※不可は検査をお受けできません
- 注射後90分間の一人での安静待機 (可 ・ 不可) ※不可は付き添いが必要となります、ご説明をお願いします

○検査結果は後日郵送いたします

機器の更新に伴い、CD-Rでのお渡しとなります

《ご参考》保険診療3割負担の場合 = 約7.5万円

安城更生病院 地域連携室 TEL(0566)74-8384 FAX(0566)77-5480