

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・女	T・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	国	健家
				健本	高前期
				1割	2割
				3割	高後期
				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

《 軽度認知機能障害(MCI) ・ 軽度の認知症 》

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

《 抗体薬治療開始前/再開前の診断 ・ 抗体薬治療効果の評価 》

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)】

- 効能又は効果として「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品(以下、抗アミロイドβ抗体薬)に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPET-CT検査である
- 貴施設と依頼医は抗アミロイドβ抗体薬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所見を含め抗アミロイドβ抗体薬の禁忌に該当しない
- 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(治療効果確認時は記載不要)

レカネマブ ドナネマブ

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)

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 ◆ アルコール過敏症 (有・無)
- ◆ 体重 (〇〇) kg ◆ 妊娠 (有・無)
- ◆ 糖尿病(有・無) ◆ 感染症(有・無) ★有の場合、感染症の名称()

◆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