

診療情報提供書

(アミロイドPET検査依頼書)

年 月 日

紹介先 厚生仙台クリニック
放射線科
下村英雄・荒井晃殿

紹介元 所在地
名称
電話番号
診療科
医師氏名

㊞

予約日時	年 月 日 (金)	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	時 分
フリガナ 患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所 〒 (-)		電話番号	
生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日 (歳)	職業	
依頼検査：アミロイドPET 検査目的：(保険/自費の何れかを選択) アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定			
<input type="checkbox"/> 保険適用を希望：レカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに則った、アミロイドβ病理の確認 以下チェックして下さい <input type="checkbox"/> 紹介元施設は、ガイドラインの定めるレカネマブ製剤初回投与に必要な、施設・体制の基準を満たしている <input type="checkbox"/> MMSE 22点以上かつCDR 0.5又は1(又は同等の重症度範囲)を満たすMCI又は軽度認知症である <input type="checkbox"/> MRIでレカネマブ製剤の禁忌事項が除外されている <input type="checkbox"/> 過去18ヶ月以内にアミロイド髄液検査やアミロイドPET検査を受けていない(※重複して算定できません)		<input type="checkbox"/> 自費検査： 適切な治療選択のための、認知症の鑑別診断(臨床症状が非定型的な症例、65歳未満で脳血管性認知症が否定された症例など) 以下をご確認下さい ・頭部の画像検査を受けている ・依頼医は認知症に関する十分な知識と経験を持つ専門医師である	
提供可能な参照画像： <input type="checkbox"/> MRI(またはCT) <input type="checkbox"/> 提供がむずかしい			
既往歴・手術歴及び家族歴：			
症状経過・検査結果：			
身長 () cm 体重 () kg		移動： <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
感染症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCVAb <input type="checkbox"/> その他 ()] 酸素吸入： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			