

診療情報提供書（アミロイド PET 検査依頼書）

年 月 日

医療法人財団康生会武田病院画像診断センター 担当医 宛

紹介元医療機関名 電話番号 - -

診療科・医師名 ㊤

予約日時 年 月 日 曜日 時 分

患者様情報（必須）

ふりがな		性別
氏名	様	○男 ○女

生年月日 年 月 日 歳

住所 〒 -

電話番号 (連絡の取れるところ・携帯) - | -

確認事項
 糖尿病 ○有 ○無 閉所恐怖症 ○有 ○無
 感染症 ○有 ○無 →有の場合 感染症の種類
 妊娠 ○有 ○無 →最終月経 月 日頃
 搬送区分 ○独歩 ○車椅子 ○ストレッチャー 体内金属

依頼医師チェック項目(必須) □にチェックをお願いします。

紹介元医療機関がレカネマブ（遺伝子組み換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である。

1.5T 以上の MRI で頭部 MRI 検査を実施している。

認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たしている。

【 】にスコア及び施行日をご記入ください。

(a)認知機能評価 MMSE スコア【 点】(22点以上)【 年 月 日】

(b)臨床認知症尺度 CDR 全般スコア【 】(0.5点または1)【 年 月 日】

脳脊髄液 (CSF) 検査を行っていない。

臨床診断

検査目的 アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する

持参画像 ○CT ○MRI ○RI ○その他 ()

臨床経過・既往歴

次回診察日 月 日