

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
診療科・医師名

電話番号() -



予約日時 年 月 日 (曜日) 時 分

患者様情報

ふりがな

氏名 様 性別 男・女

生年月日 年 月 日 (歳)

住所 (〒 -)

電話番号(連絡の取れる所・携帯): - -

確認事項 (必須)

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

依頼医チェック項目 (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。

【 】にスコアおよ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または1) 【 年 月 日】

・脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。

※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります

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