

アミロイドPET (¹⁸F-フルテメタモル) 検査依頼書 (診療情報提供書)

予約日時： 令和 年 月 日 (午後) 時 分

患者情報	フリガナ	性別 男・女
	氏名	
	生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)	
	住所 〒 -	
	TEL () 介護者連絡先 ()	

貴医療機関	医療機関名
	診療料
	担当医師 (フルネーム)
	住所 〒 -
	TEL () FAX ()

臨床診断	アルツハイマー病による <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症		
検査目的 (該当する箇所には☑をしてください)			チェック
レカネマブ	【初回投与前】投与の可否を判断	<input type="checkbox"/>	
	【投与中止後に初回投与前から18か月を超えて再開する場合】再開可否の判断※	<input type="checkbox"/>	
ドナネマブ	【初回投与前】投与の可否を判断	<input type="checkbox"/>	
	【投与中止後に初回投与前から18か月を超えて再開する場合】再開可否の判断※	<input type="checkbox"/>	
	投与終了の可否を検討 (投与開始後12か月を目安)	<input type="checkbox"/>	
持参CD-R・フィルム	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	持参CD-R等の返却について	<input type="checkbox"/> 返却不要 <input type="checkbox"/> 病院返却 <input type="checkbox"/> 本人返却

臨床経過など(※薬剤投与前中止後再開可否の場合は、本検査が必要と判断した医学的根拠の記載をお願いします)

検査前確認事項 (該当する箇所には☑をしてください) *必ずご記入ください			チェック
貴院は厚生労働省の定める“最適使用推進ガイドライン”に準拠している施設である			<input type="checkbox"/>
認知機能の低下および臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている			<input type="checkbox"/>
MMSEスコア:	点 (年 月 日)	(レカネマブ:22点以上、ドナネマブ20-28点)	
CDR全般スコア:	点 (年 月 日)	(0.5 又は 1.0)	
被検者は直近にアミロイドβ病理を確認するための脳脊髄液(CSF)検査を行っていない			<input type="checkbox"/>
検査同意書(ホームページよりダウンロード)の取得・記入済みである *記入したものをこの依頼書ともにFAX送信したうえで検査当日ご持参ください			<input type="checkbox"/>

現在状況	酸素	閉所恐怖症	移動方法
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
感染症	体内金属	ペースメーカー	検査時に必要な処遇・留意点など
<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有	

FAX番号: 082-233-7700

本書は個人情報の為、番号を再確認ください
特にゼロ発信の場合は
0-082-233-7700にて送信ください

広島平和クリニック
がんドック先端医療健診センター
高精度がん放射線治療センター

〒730-0856 広島市中区河原町1-31(平和大通り沿い・中国新聞本社前)
TEL:082-532-2211 URL <http://www.h-heiwa.or.jp/>