

アミロイドPET検査依頼書（診療情報提供書）

予約日時：令和 年 月 日（午前・午後） 時 分

患者情報	フリガナ	性別	貴医療機関 診療科 依頼医師名 (フルネーム) 住所 〒 - TEL: () FAX: ()
	氏名	男・女	
	生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)		
	住所 〒 - TEL: () 携帯: ()		

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
検査使用薬剤	アミヴィッド又はビザミル	検査目的	アミロイドβ病理を示唆する所見の確認
持参画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	持参CD-R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

検査目的・臨床経過など

MMSEスコア()点 CDR全般スコア()

検査前確認事項（該当する箇所に☑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“レカネマブの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"/>
頭部MRI検査を実施しており、ARIAがないことを確認している			<input type="checkbox"/>
本検査はアルツハイマー病による軽度認知障害また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可否を判断する目的である			<input type="checkbox"/>
被検者はアミロイド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"/>
保険の適用条件を満たさないため、自費で検査を希望する（自費検査費用:150,000円程度）			<input type="checkbox"/>
現在状況	感染症	閉所恐怖症	移動方法
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 有()	<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
酸素	体内金属	ペースメーカー	他に検査時に必要な処遇・留意点など
<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

FAX番号: 043-299-2001

東京ベイ先端医療・幕張クリニック

〒261-0024千葉県千葉市美浜区豊砂1-17

お問い合わせ: 043-299-2000

URL: <https://www.aoikai.jp/tokyobay/>

本書は個人情報のため、番号を再確認
願います。特にゼロ発信の場合には、
0-043-299-2001でご送信ください。