

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 （午後） 時 分			
患者情報	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日	昭和 年 月 日	才
	住所 〒		
	TEL: 携帯:		
貴医療機関	医療機関名		
	診療科		
	依頼医師名 (フルネーム)		
	住所 〒		
	TEL: FAX:		

臨床診断	アルツハイマー病による ☐ 軽度認知障害(MCI) ☐ 軽度の認知症		
持参画像データ	☐ 有 ☐ 無	持参CD-Rの返却について	☐ 返却不要 ☐ 病院返却 ☐ 本人返却
検査目的	☐ 1回目(レカネマブ又はドナネマブ製剤の初回投与前) ☐ 2回目(レカネマブ又はドナネマブ製剤の投与後、初回投与から18か月を超えて再開する場合に限る)※本検査が必要と判断した医学的根拠を記載してください。 ☐ 2回目(ドナネマブ製剤投与開始12か月後の投与完了可否)		
臨床経過			
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“レカネマブ又はドナ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			☐
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			☐
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、レカネマブ又はドナネマブの投与の要否を判断する目的。			☐
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			☐
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			☐
現在状況	感染症	閉所恐怖症	移動方法
☐ 外来 ☐ 入院	☐ 有()	☐ 有 ☐ 無	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ 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
☐ 要 ☐ 不要	☐ 有()	☐ 有 ☐ 無	

FAX番号: 043-299-2001

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

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

お問合せ:043-299-2000

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