

アミロイド PET-CT検査 検査申込書 兼 診療情報提供書

〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1
 社会医療法人 熊谷総合病院
 放射線科 担当医 殿

(ご依頼元)
 住 所
 医 療 機 関 名
 電 話 番 号
 F A X 番 号
 診 療 科
 医 師 氏 名

検査第1希望日	年	月	日
検査第2希望日	年	月	日

下記の患者様を紹介します。

フリガナ					
患者氏名	生年 月日	西暦 年 月 日			性別 男・女
患者住所	〒			※日中ご連絡のとれる番号をご記載ください	
		連絡先			

検査依頼	<input type="checkbox"/> アミロイドPET-CT
検査目的	<input type="checkbox"/> レカネマブ投与可否判断のための検査およびアミロイド集積の判定
臨床診断	
臨床経過 ・ 既往歴 など	<input type="checkbox"/> 別紙 紹介状添付でも可 ※アミロイドPETが2回目である場合は、本検査が必要であると判断した医学的根拠を記載してください。
添付データ	直近の頭部MRI画像

確認事項 【□には☑を】	【身長】	cm	【体重】	kg	
	<input type="checkbox"/>	紹介元医療機関は「最適使用推進ガイドライン レカネマブ(遺伝子組み換え)」における要件を満たしている。			
	<input type="checkbox"/>	1年以内に1.5 T以上の頭部MRIが実施され、血管原性脳浮腫や5個以上の脳微小出血、脳表へモジデリン沈着症または1cmを越える脳出血がない。以下の(a)及び(b)の両方を満たしている。* スコアおよび施行日をご記入ください。			
	<input type="checkbox"/>	(a)MMSEスコアが 22 点以上である。【 点】 (年 月 日)			
	<input type="checkbox"/>	(b)CDR全般スコアが 0.5 または 1 である。【 】 (年 月 日)			
	<input type="checkbox"/>	脳脊髄液検査を行っていない。			
	<input type="checkbox"/>	アミロイドPETを保険で実施したことがない。 あるいは本検査が2回目である場合、レカネマブ治療中断後であり、レカネマブ初回投与から18ヶ月を超えて治療を再開する予定である			
		【妊娠可能性】	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	【次回受診予定日】	月	日		

検査に必要な 処置・留意点	
------------------	--