

アミロイドPET/CT検査 検査申込書 兼 診療情報提供書 (レカネマブまたはドナネマブによる治療開始前用)

〒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		生年 月日	西暦 年 月 日	性別	男・女
患者氏名					
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"/> レカネマブまたはドナネマブ投与可否判断のためのAβ病理を示唆する所見の確認
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
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)」または「最適使用推進ガイドライン ドナネマブ (遺伝子組み換え)」の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、脳表ヘモジデリン沈着症または1cmを越える脳出血がない。			
	<input type="checkbox"/>	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 20 点以上である。【 点】(年 月 日) * 参考: レカネマブは22-30点、ドナネマブは20-28点が治療適応			
	<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"/>	アミロイドPETを保険で実施したことがない。			
	【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	
------------------	--