

診療情報提供書（アミロイドPET－CT検査依頼書）

※この用紙を予め当院へFAX送信後、原本は当日患者様をご持参ください。

検査予約日時： 年 月 日（ ）			
医療機関名			
診療科		担当医師	
TEL		FAX	
フリガナ		患者ID	
患者氏名		生年月日	
住所		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		身長	cm
電話番号（携帯電話）		体重	kg

臨床診断	既往歴・症状経過等次項についての記載をお願いいたします。 ・ MMSEスコア,CDR全般スコアの評価及び頭部MRI検査所見	MMSEスコア	
		CDR全般スコア	
		MRI所見	
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定		

【保険適応条件】 （*必ずチェックをお願いします）

<input type="checkbox"/> レカネマブ製剤に係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こと
<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、 レカネマブ 製剤の投与の可否を判断する目的であること
<input type="checkbox"/> 脳脊髄液（C S F）検査を行っていないこと

【確認事項】

30分静止	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可（検査不可）	現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 入院
アルコール過敏症やアレルギー		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（ ）	
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（ ）
感染症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（ ）	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
シャント	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有→（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左）	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有

医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院
〒196-0003 東京都昭島市松原町3-1-1

FAX：042-546-2482
TEL：042-500-6686