

高松赤十字病院 宛

年 月 日

FAX番号:0120-92-8182(香川県内のみ)

FAX番号:087-863-4060

アミロイドPET/CT検査 依頼書 兼 診療情報提供書 (主治医記載)

医療機関住所 医療機関名称			
担当医師 診療科	科	電話番号()	—
		FAX番号()	—

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日 (旧姓)	T・S・H・R	年 月 日
フリガナ 患者住所	〒	電話番号()	—	
※必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください				

検査希望日 ①	年 月 日()	14:30 (14:00)	当院受診歴
②	年 月 日()	14:30 (14:00)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
※検査は、午後のみ。			

【臨床診断・病名】 アルツハイマー病 その他()

【検査目的】 **アミロイドイメージングによる、アミロイド集積判定**

チェック項目 紹介元医療機関はレカナマブ製剤に関わる最適使用推進ガイドラインに準拠した施設である

目的は、『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に対しレカナマブ製剤の投与の要否を判断する目的で、アミロイドβ病理を示唆する所見の確認』

脳脊髄液(CSF)検査を行っていない

※ 上記チェック項目に準拠していない場合、健康保険適用外となる場合があります。

【臨床経過】

※下記の検査を施行されていたら、結果をご記入ください。

認知機能評価 MMSE スコア 【 】点(22点以上) 【 年 月 日】

臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 【 】点(0.5または1)【 年 月 日】

※通常の撮像範囲は頭部です。他部位の撮像が必要な場合は、ご相談ください。

※ DPC対象病院に入院中の場合は保険適用がありません。

提供される画像情報 CD/DVD等の画像メディア 無 有 その他()

有りの場合の検査種別 PET CT MRI RI US XP その他()

【患者情報】

PET検査歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 頃)	<input type="checkbox"/> 高松赤十字病院	<input type="checkbox"/> 他院()
身長 (cm)	体重 (kg)	妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠中
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	30分間の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
付属物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行(介助不要) <input type="checkbox"/> 車椅子(介助不要) <input type="checkbox"/> 要介助	1人で更衣 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
ペースメーカー・除細動器の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳を持参下さい)	(型番:)	

お問い合わせ先:高松赤十字病院

(検査内容に関すること) 核医学(RI)検査室:087-831-7101(内線2000)

(予約に関すること) 地域医療室:087-831-8131(直通)