

アミロイドPET検査申込書 兼 診療情報提供書

日本赤十字社長崎原爆病院 地域医療連携課 宛

FAX番号 0120-845-262

(受付時間 月～金 8:30～16:30) 土、日、祝祭日、年末年始、5/1は休診

年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

日本赤十字社長崎原爆病院

紹介先医師名 ※指定がない場合は記入不要です

所在地

放射線科 _____ 先生

〒852-8511 長崎県長崎市茂里町3-15

TEL番号

TEL (代表)095-847-1511

FAX番号

PET・RIセンター 内線1183

紹介元医師名

地域医療連携課 0120-845-261

必ず以下のすべての項目にご記入をお願いします

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
患者氏名				
住所	〒	TEL ()	携帯電話	
検査希望日 (水・金曜日の午後のみ)	<input type="checkbox"/> いつでも可	<input type="checkbox"/> できるだけ早く	月 日	以降希望
※薬剤注文の関係上、原則翌週以降の予約となります。お急ぎの場合は別途ご相談ください。				
原爆病院受診歴： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	身長： cm	体重： kg	妊娠中： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	アルコールアレルギー： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
移動： <input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 車椅子	介助： <input type="checkbox"/> 必要→(介助者)	<input type="checkbox"/> 不要		
※仰臥位での20分静置、個室での90分間待機ができない患者さんは検査ができません				
※ひとりで更衣、トイレができない患者さんは介助者が必要です。				
紹介目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定			
その他患者情報				
検査目的 ※下記項目から該当するものを選択して下さい				
<input type="checkbox"/>	抗アミロイドβ抗体薬治療前評価 ※保険による実施が初回			
<input type="checkbox"/>	抗アミロイドβ抗体薬再開時評価 ※初回投与から18ヶ月を超えていること(初回投与 年 月 日) ※再開の根拠などを患者情報欄に記載してください			
<input type="checkbox"/>	抗アミロイドβ抗体薬治療後評価 ※ドナネマブ製剤のみ(レカネマブ製剤対象外) ※該当する目的を下記より選択して下さい(それぞれの場合につき1回のみ算定可能) <input type="checkbox"/> 治療終了の可否の判断のため(投与開始後12ヶ月を目安に行うもの) <input type="checkbox"/> 18ヶ月を超える投与継続を検討するため			
確認事項 (□にチェックを入れてください)				
※下記の全ての項目を満たす必要があります。満たさない場合は保険適用外となり検査が行えません。				
<input type="checkbox"/>	「アルツハイマー病による軽度認知症障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品(抗アミロイドβ抗体薬)に関わる厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPET検査である			
<input type="checkbox"/>	紹介元医療機関は抗アミロイドβ抗体薬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			
<input type="checkbox"/>	抗アミロイドβ抗体薬による治療意思が患者本人及び家族に確認されている			
<input type="checkbox"/>	1.5T以上のMRI装置で頭部検査を行い抗アミロイドβ抗体薬の禁忌に該当していない(※必ずMRI画像を持参下さい)			
<input type="checkbox"/>	脳脊髄液検査を行っていない			
<input type="checkbox"/>	以下の2項目両方を満たしている(スコア及び施行日をご記入ください)			
	認知機能評価 MMSEスコア(レカネマブ製剤22点以上、ドナネマブ製剤20～28点) ※治療薬を選択(レカネマブ製剤・ドナネマブ製剤) 【 点】 (年 月 日)			
	臨床認知症尺度 CDR全般スコアが0.5又は1である 【 点】 (年 月 日)			