アミロイドPET/CT検査　診療情報提供書

医療法人 名古屋放射線診断財団
東名古屋画像診断クリニック　宛

＜患者番号＞

＜氏名＞　＜性別＞
男 ・ 女

＜生年月日＞
年　月　日

＜緊急連絡先＞

紹介元	
医療機関名	
所在地	
診療科	
医師名	
電話番号	

下記①～⑦のご記載をお願いいたします。

①-1 検査予約日時	※必ず予約時間の30分前にお越しください 月　日(　)　時　分	①-2 再診日	月　日(　)
②傷病名	※貴院のカルテ、レセプトに同一の傷病名記載が必要です。 ☐ 軽度認知障害(MCI)の疑い　☐ 軽度の認知症の疑い		
③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		
④確認事項	下記条件を満たしていない場合保険適用外となります。 ☐ レカネマブ(遺伝子組換え)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 ※上記に準拠していない場合は保険適用外となる場合がございます。 ☐ 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ネ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を確認する目的であること		
	MMSEスコア:　点	CDR全般スコア:	
⑤臨床経過 既往			
⑥患者様の 状況	診療状況	☐ 外来　☐ 入院中	
	閉所恐怖症	☐ 無　☐ 有	
	アレルギー	☐ 無　☐ 有　(　)	
	移動方法	☐ 独歩　☐ 車椅子　☐ ストレッチャー	
	その他特記事項	(　)	
⑦持参データ	☐ 無　☐ MRI　☐ CT　☐ その他(　) ※可能であれば、脳MRI画像の提供をお願い致します。(行っていない場合は脳CT画像)		

医療法人名古屋放射線診断財団　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ 0120-69-1714
東名古屋画像診断クリニック　TEL 052-764-1714　FAX 052-764-1725
〒466-0044 名古屋市千種区自由ヶ丘三丁目4番26号　＜電話受付＞（月)～(金）8:30～19:00（土)8:30～18:00