

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
紹 介 元	所在地
紹 介 元	診療科
紹 介 元	医師名
紹 介 元	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	<p style="color: red; font-weight: bold;">※必ず予約時間の30分前にお越しください</p> <p style="text-align: center;">月 日() 時 分</p>	①-2 再診日	<p style="text-align: center;">月 日()</p>
②傷病名	<p>※貴院のカルテ、レセプトに同一の傷病名記載が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症</p>		
③検査目的	<p>アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定</p> <p><input type="checkbox"/> 初回投与前 レカネマブまたはドナネマブ製剤の初回投与前</p> <p><input type="checkbox"/> 投与完了可否 【初回投与前日： 年 月 日】 ドナネマブ製剤投与開始後12か月を目安とした投与完了可否の評価(治療効果判定) ※レカネマブ製剤では投与完了可否目的は使用できません。</p> <p><input type="checkbox"/> 投与中止後の再開【初回投与前日： 年 月 日】 レカネマブまたはドナネマブ製剤の投与前、初回投与前から18か月を超えて再開する場合 ※撮影が必要と判断した医学的根拠を必ず記載してください。</p>		
④確認事項	<p style="color: red; font-weight: bold;">下記条件を満たしていない場合保険適用外となります。</p> <p><input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る最適使用 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。</p> <p><input type="checkbox"/> MRI検査を施行し、レカネマブまたはドナネマブ製剤の投与前基準を満たしていること ※直近のMRI画像の提供をお願いいたします。</p>		
	MMSEスコア： 点	CDR全般スコア：	
⑥臨床経過 既往	<p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>		
⑦患者様の状況	<p>閉所恐怖症 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>移動方法 <input type="checkbox"/>独歩 <input type="checkbox"/>車椅子 <input type="checkbox"/>ストレッチャー</p>	<p>アルコールアレルギー <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p>	

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
〒466-0044 名古屋市千種区自由ヶ丘三丁目4番26号

0120-69-1714
 TEL 052-764-1714 FAX 052-764-1725
 <電話受付> (月)～(金) 8:30～19:00 (土)8:30～18:00