アミロイドPET検査依頼書（診療情報提供書）

彩の国東大宮メディカルセンター　宛

・貴医療機関	・依頼医師（ﾌﾙﾈｰﾑ/ﾌﾘｶﾞﾅ）	・診療科
・電話番号	・FAX	

●検査予約日時

年　　月　　日（　）　　時　　分

・患者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	・性別 男　　女	・生年月日 Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日
・患者連絡先住所		・患者連絡先電話番号

※　ご本人に認知症状がある場合は確認等ができる方の電話番号をご記入して下さい

身長　　cm	体重　　kg

※　確認事項にチェックして下さい

妊娠　　無・有　　感染症　　無・有

※　有の場合　記載

閉所恐怖症　　無・有　　アレルギー　　無・有

※　有の場合　記載

30分静止　　可・不可

※　30分静止不可の場合、画像に影響がでる可能性がございます
※　事前に撮像した 3D-T1WI（2mm以下で撮像したT1強調画像）があれば、ご持参ください
※　アルコールのアレルギーがある方は検査できません

臨床診断

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

【依頼医師チェック項目】

□　レカネマブ（遺伝子組み換え）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応外となる場合があります
□　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

※　脳脊髄液（CSF）検査を実施していると、保険診療でアミロイドPET検査をお受けする事が出来ません。
　レカネマブ（レケンビ(r)治療の要否を判断する目的での私費診療での検査も承っております。
　アルツハイマー型認知症の診断の一助となれますよう尽力して参ります。

彩の国東大宮メディカルセンター　　住所：埼玉県さいたま市北区土呂町1522
TEL：0120-847-783　　FAX：048-665-6115