

画像診断検査依頼兼診療情報提供書(FAX送信用)

当院で受診されたことがありますか。 1. 無 2. 有		→ 診察券番号		0							
フリガナ 受診者氏名		男 女	生年月日	T	S	H	R	年	月	日	歳
受診者住所 電話番号(連絡先)											
検査日	年	月	日 ()	午前 午後	時	分					
依頼医療機関名 所在地 医師名							TEL				
							FAX				
依頼される画像診断検査	☐ 脳アミロイドPET/CT										
☐ 保険	☐ 抗アミロイド抗体薬 初回投与 または ☐ 投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えての再開 以下、①～③のすべてに該当している。 ※④は初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合にご記入ください。 ① アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)または軽度の認知症疑いの患者に対し、抗アミロイドベータ抗体薬の 投与可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。 該当する方にチェックして下さい ☐ 軽度認知障害(MCI) ☐ 軽度の認知症 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たしていること。 現時点でのスコアをご記入ください。(a)(b) (a) 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点以上28点以下) 点 (b) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア(0.5または1) ☐ 0.5 ☐ 1 ☐ 評価困難のため他の評価方法で確認済み ※CDR全般スコアが評価困難な場合は、他の評価方法により、認知症の重症度の範囲が同等であることの確認が必要です。 ③ 抗アミロイドベータ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。 ④ 抗アミロイドベータ抗体薬の投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開の際のご依頼にあたっては、 本撮影が必要と判断した医学的根拠を★検査目的および臨床情報欄にご記入ください。 ☐ 【ドナネマブ製剤】 投与終了の可否を検討(目安:投与開始後12ヶ月) ☐ 【ドナネマブ製剤】 18ヶ月を超える投与継続の可否を検討										
	☐ 自費										
	☐ 保険適用要件に該当しない。 ※検診目的のご依頼はお受けできません。										
	検査結果について ☐ 郵送希望(検査日の翌日発送予定。結果到着まで2、3日をみて下さい) ☐ 手渡し希望(検査当日に結果をお渡しすることは出来ません。翌日の9時以降でのお渡しとなります。)										
	検査日にご持参 いただくもの (※□に✓願います) ☐ 保険証 *公費負担の方は「医療証」もご持参ください ☐ 紹介状・参照過去画像(CD・フィルム) ※返却が必要である場合は必ず明記して下さい。 ※脳MRI検査歴がある場合は、直近で撮影された画像をお持ちください。読影の参考に致します。 ☐ その他(具体的に:)										
★検査目的および臨床情報(読影に必要です。詳しくご記入願います。)											

(注)ご紹介いただく先生方へ 太枠の内の必要事項をご記入ください。