

獨協医科大学病院PETセンター検査依頼書(診療情報提供書)

アミロイドPET/CT検査用

獨協医科大学病院PETセンター担当医 殿 (検査予約日) _____年 _____月 _____日() <p style="text-align: center;">14時15分 受付</p>	医療機関名: 所在地: 電 話: F A X: 診療科名: 医師氏名:
---	--

【患者情報】

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	性 別
患者氏名	様		年 月 日(歳)	男・女
住 所	〒 _____	番 号	自宅番号: 携帯番号:	

【診療情報】

病 名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害 ・ <input type="checkbox"/> 軽度認知症			
使用医薬品名	<input type="checkbox"/> レカネマブ(商品名:レケンビ) ・ <input type="checkbox"/> ドナネマブ(商品名:ケンサラ)			
検査目的	初回	<input type="checkbox"/> 効能又は効果として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(以下、抗アミロイドβ抗体薬)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 <input type="checkbox"/> 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の基準を満たしている施設である <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない <input type="checkbox"/> アミロイドPET検査の同意を取得済 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下を満たしている ・MMSEスコア _____点(_____年 _____月 _____日実施) (レカネマブ22点以上、ドナネマブ20点以上28点以下) ・CDR全般スコア _____(_____年 _____月 _____日実施) (0.5又は1)		
		<input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤 投与終了の可否を検討(投与開始後12か月を目安)		
		<input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤 18か月を超えて投与を継続することを検討		
	投与中止後の再開	<input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の投与中止後に、初回投与から18か月を超えて再開する場合 撮像が必要と判断した医学的根拠を下記の欄に必ず記載してください <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <記載欄> </div>		

既往歴及び家族歴, 症状経過等(貴院の書式を添付いただいても結構です)

体重 kg

頭部MRI	_____年 _____月 _____日実施 ※可能な限りデータを添付してください				
検査に必要な確認事項 ※記入漏れがないか今一度ご確認ください					
外来	入院中	理解力	良・不良	妊 娠	有・無
付き添い	有(家族・その他)・無	感染症	有()・無	病名告知	有・無
歩 行	可・不可(車椅子・ストレッチャー)	ハートメーカー	有・無	放射線影響 の説明・同意	済
30分の静止	可・不可	閉所恐怖症	有・無		

【保険情報】

保険者番号		被保険者氏名	
記号・番号		被保険者との続柄	
有効期限		負 担 率	

備考: 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。