

※病院記入欄	ID		決定日時	
--------	----	--	------	--

岩手県立中部病院
アミロイドPET検査
予約申込票
(診療情報提供書)

〒024-8507
岩手県北上市村崎野17地割10番地
岩手県立中部病院 地域医療福祉連携室
TEL 0197-71-1518
FAX 0197-71-1881 (紹介センター専用)

連携医療機関	令和 年 月 日
所在地	〒
医療機関名	
電話	()
FAX	()
診療科	科 (入院・外来)
担当医師	

検査希望日時:	年 月 日 (金) 午後	※毎週金曜午後のみ予約可
PET画像の受け取り媒体	CD-R	

(フリガナ) 患者氏名	様 (男・女)	生年月日	大 昭 平 令	年 月 日 (歳)
住所	TEL ()			

保険適用に関する確認事項

依頼医 チェック項目	<input type="checkbox"/> 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 施設および担当医からの依頼である
	<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の条件を満たしている 認知機能評価 MMSEスコア _____点 (22点以上) 【判定日 年 月 日】 臨床認知尺度 CDR全般スコア _____ (0.5または1) 【判定日 年 月 日】
	<input type="checkbox"/> 脳脊髄液検査(CSF)を行っていない

※上記条件を満たしていない場合は保険適用外となります。ご確認頂きチェックをお願いします。

診療に関する確認事項 (該当する項目をもれなくご記入ください)

臨床診断	<input type="checkbox"/> 早期アルツハイマー病 (軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる) <input type="checkbox"/> その他 (保険適用外)
検査目的	アミロイドイメージングによる脳内アミロイド集積の判定 <input type="checkbox"/> 抗体薬治療開始前の診断 <input type="checkbox"/> 抗体薬治療再開前の診断 <input type="checkbox"/> 抗体薬治療効果判定
病歴・経過等	
手術歴	無/有 (年 月 術式 病理診断)
身長・体重	cm kg 30分程度の安静仰臥 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー アルコール過敏症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
閉所恐怖	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 注射後90分1人で安静待機 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 妊娠中/授乳中 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
ペースメーカー・ICD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (メーカー 機種) ※ペースメーカーを留置されている方は機種・メーカーが記載されている手帳又はカードを当日ご持参ください。
持続血糖測定装置等	CGM・FGM等を装着していますか? なし・あり (撮影時に取り外す場合があります)
その他留意事項	