

診療情報提供書 兼 申込書 (アミロイド脳PET検査用)

紹介先



日本赤十字社医療センター  
Japanese Red Cross Medical Center

紹介元医療機関名	
医師名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日		身長	cm
氏名			年 月 日	体重	kg	
住所	〒			電話		
				緊急連絡先		

当センターの受診歴	当センター診察券番号	※分かる場合のみご記載ください。
あり ・ なし		

検査目的	<input type="checkbox"/> 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が疑われ、レカネマブ投与の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こと。
臨床経過・既往症など	(できるだけ詳細に記入してください。)

○ レカネマブに対する最適使用推進ガイドラインの確認事項 (保険適用で検査を受けるには下記の全てに✓があることが必須です)

- 無症候者ではない。
- 中等度以上のアルツハイマー型認知症ではない。
- 安全性に関する内容も踏まえて、患者本人および家族・介護者のレカネマブによる治療の意思が確認されている。
- レカネマブに対して重篤な過敏症の既往歴はない。
- 脳MRI検査で、血管原性脳腫瘍や5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジリン沈着症または1cmを越える脳出血はない。
- MRI検査の実施が可能である。
- 認知症テスト22点以上 かつ CDRスコア0.5または0.1である。 MMSE \_\_\_\_\_ 点 CDR \_\_\_\_\_ 点
- 髄液Aβ40:42検査を実施していない。もしくは実施するが、保険算定の予定がない。
- アミロイドPET検査を保険で実施したことはない。もしくは、治療中断後2回目であり、初回投与から18ヶ月を越えている。
- レカネマブ治療は、依頼元の医療機関において実施する。
- その他、レカネマブに対する最適使用推進ガイドラインの選択基準に沿った患者である。

患者情報			
診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中	特殊項目	<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> その他 ( )
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒
30分の静止、1時間の安静		<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 ※静止、安静ができない方は検査できません。	
移動方法	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 (介助の必要性 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 車いす (介助の必要性 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)	妊娠 (女性の方)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
【ご注意】ご家族の付添について	PET検査室の医療者の被ばく管理上、理解度 (認知症など) が十分でない方や、 <b>移動、排泄などに介助を要する方は、検査中のご家族の付添、介助をお願いいたします。</b> PET検査の依頼にあたっては、家族の付添が必要な状態かどうか確認を必ずお願いいたします。 要チェック <input type="checkbox"/> 患者と家族に説明し、必要と判断した場合には付添を依頼した。		

予約確定日時	年 月 日 曜日 ... 時 分
--------	------------------

《連絡先》 日本赤十字社医療センター TEL 03-3400-0471 (医療連携課直通) 03-3400-1311 (代表) FAX 03-3400-0193

記入内容について、こちらからお問い合わせをすることがあります。ご協力お願いいたします。