

アミロイドPET検査依頼書（診療情報提供書）

福岡山王病院 医療連携室行き FAX0120-832-878

フリガナ	生年月日（和暦）	年齢	性別	TEL(自宅・携帯等)
患者様 氏名	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
検査予約日時（和暦）		移動方法		妊娠の可能性
年 月 日 曜 :		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害（MCI）
確認事項	全ての項目を満たしていない場合は、保険適用にならず検査ができません	
	<input type="checkbox"/> レカネマブ（レケンビ）またはドナネマブ（ケサンラ）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	
	<input type="checkbox"/> 効能または効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPETである	
	<input type="checkbox"/> 3か月以内の1.5T以上の脳MRI検査を実施している	MRI検査日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> MRIで血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表へモジゲリン沈着症又は1cmを超える脳出血がない	
	<input type="checkbox"/> 認知機能低下および臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている	
	MMSEスコア 点 年 月 日	レカネマブ22点以上,ドナネマブ20~28点
CDR全般スコア 点 年 月 日	0.5または1.0	
<input type="checkbox"/> アミロイドβ42/40比(髄液)における保険算定を行っていない		

検査目的 ※いずれかに チェックを つけてください	レカネマブ (レケンビ)	<input type="checkbox"/> [初回投与前]投与の可否を判断
		<input type="checkbox"/> [投与中止後に初回投与前から18か月を越えて再開する場合]投与の可否を判断 ※本撮影が必要と判断した医学的根拠を[臨床経過・検査目的など]の欄にご記入ください
	ドナネマブ (ケサンラ)	<input type="checkbox"/> [初回投与前]投与の可否を判断
		<input type="checkbox"/> [投与中止後に初回投与前から18か月を越えて再開する場合] ※本撮影が必要と判断した医学的根拠を[臨床経過・検査目的など]の欄にご記入ください
		<input type="checkbox"/> 投与終了の可否を検討（投与開始後12か月を目安）
		<input type="checkbox"/> 18か月を越える投与継続の可否を検討

既往歴および手術歴	
臨床経過 検査目的 および 検査結果等	※本撮影が必要と判断した医学的根拠をご記入ください

貴医療機関名		診療科	
ご依頼医	Ⓜ	TEL	
ご住所	〒 —		

ご紹介くださりありがとうございます

- お電話で予約後、医療連携室あてにFAXをお送りください
- 本書を患者様にお渡しいただき、受診当日に受付へご提出いただくようお願いください
- 検査結果は、後日、郵送させていただきます

福岡山王病院 医療連携室 フリーダイヤル TEL.0120-832-876

アミロイドPET検査依頼書（診療情報提供書）

フリガナ		生年月日（和暦）	年齢	性別	TEL(自宅・携帯等)
患者様 氏名		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
検査予約日時（和暦）			移動方法		妊娠の可能性
年 月 日 曜	:	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

アミロイドPET検査にあたっての注意事項

検査を安全に実施するため、注意事項をご確認のうえご来院ください

■ 来院時間・受付について

検査当日は、1階で受付を済まされた後、予約時間の30分前までに地下1階放射線受付へお越しください。検査時間はおよそ2時間です。

■ 飲食について

検査当日の飲食に制限はありません。

■ 予約の変更・キャンセルについて

薬剤手配の都合上、日祝日を除く2日前の14時以降は、キャンセルや変更ができません。

検査予約時間にご来院されない場合は、検査が受けられませんので、ご了承ください。

※患者様のご都合によるキャンセルにつきましては20万円のキャンセル料が発生します

■ 検査当日のお願い

頭部の金属類・髪飾りは外した状態でご来院ください。

取り外しが可能な義歯は、検査前に外していただきます。

被ばくのため、小さなお子様や乳幼児を連れての来院はご遠慮ください。

■ 妊娠・授乳について

妊娠中の方、妊娠の可能性がある方、授乳中の方は検査を受けることができません。

■ 同伴について

寝台の昇降が難しい方や、視力・聴力・認知機能に障害をお持ちの方には、安全確保のため、ご家族の方の同伴をお願いする場合があります。

■ 検査後の注意

検査終了当日は、乳幼児や妊娠されている方との接触は、できるだけお控えください。

■ お問い合わせ

不明な点がございましたら、福岡山王病院 医療連携室までご連絡ください。

連絡先・お問い合わせ先
医療法人社団高邦会 福岡山王病院 医療連携室
フリーダイヤル 0120-832-876
直通 092-832-1107