脳アミロイドPET-CT検査用

**診療情報提供書(2024年1月26日版)**

令和　　　年　　　月　　　日

**TEL番号　０５６２－８８－３０１０**

**FAX番号　０５６２－４６－３３０９**

**国立長寿医療研究センター　地域医療連携室　御中**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名****及び住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **FAX番号** |  |
| **医師名** |  |

**◎脳アミロイドPET-CT検査依頼**

以下の項目にすべて該当しているかをご確認ください。

* 厚生労働省の定めるレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、レカネマブ製剤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である。
* 貴施設と依頼医はレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している。
* アミロイドPET検査を依頼する患者は，MRI所見を含めレカネマブの禁忌に該当しない．
* アミロイドPET検査を依頼する患者についてアミロイドβ脳脊髄液（CSF）検査の保険請求をしない。

※記載内容に誤りなどがあり、保険適応とならない場合には貴施設に検査料金をご負担いただく場合があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 西暦 ・ 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　 年　 　月　 　日（　 　　　　歳） |
| 患者氏名 |  | 男 ・ 女 |
| 住　　 所 | 〒 |
| 電 話 番 号 | TEL　　　　　（　　　　　）　　　　　　続柄（□本人　□その他（　　　　　　））※検査日前日（土日祝日を除く）に来院確認の電話をさしあげます。 |
| 当院受診歴 | □ なし　　□ 不明　　□ あり　（診察券番号：　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 診 断 名 | □　軽度認知機能障害（MCI）　□　軽度の認知症　　 |
| 検査費用区分 | * 保険　（レカネマブの適応の判断に該当する）
 |
| 経 過 | * 別紙診療情報提供書のとおり
 |
| ・MMSEスコア：　　　点（22点以上）、・CDR全般スコア　　　点（0.5又は1.0点）　※ 1か月以内 |
| その他 | 患者についての留意事項　（薬物アレルギー・感染症・既往歴等） |