

# 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可否を判断する目的でアミロイド $\beta$ 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 $\beta$ 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<br>月日 | 西暦・明・大・昭・平<br>年 月 日<br>( 歳) |
| 患者氏名    |                                                                                                              | 男・女 |          |                             |
| 住 所     | 〒                                                                                                            |     |          |                             |
| 電 話 番 号 | TEL ( ) 続柄( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( ) )<br>※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   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号: )                |     |          |                             |

|                                                            |                                                                        |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 診 断 名                                                      | <input type="checkbox"/> 軽度認知機能障害(MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症 |
| 検査費用区分                                                     | <input type="checkbox"/> 保険 (レカネマブの適応の判断に該当する)                         |
| 経 過                                                        | <input type="checkbox"/> 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)                                         |