

脳アミロイド PET-CT 検査用

診療情報提供書(第2版 2024年12月)

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。

- ☐ 効能又は効果として「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品(以下、抗アミロイドβ抗体薬)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 検査である。
- ☐ 貴施設と依頼医は厚生労働省の定める抗アミロイドβ抗体薬の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 所見を含め抗アミロイドβ抗体薬の投与に係る禁忌事項に該当しない。

※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 (抗アミロイドβ抗体薬の適応の判断に該当する)
検査目的	☐ 抗体薬治療開始前/再開前の診断 ☐ 抗体薬治療効果の評価
経 過	☐ 別紙診療情報提供書のとおり
・MMSE スコア: 点 (レカネマブ: 22点以上、ドナネマブ: 20~28点) ・CDR 全般スコア 点 (0.5又は1.0) ※ それぞれ 概ね1か月以内(治療効果確認時は記載不要)	
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)