

診療情報提供書

年 月 日

医療法人社団高邦会 高木病院

PET-CT センター 宛

〒831-0016

福岡県大川市大字酒見 141 番 11 号

TEL 0944 (87) 0043

FAX 0944 (87) 0038

医療機関名

医師氏名

住 所

電話番号

FAX 番号

保険診療確認事項（保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入ください）

※太枠内ご記入ください

検査予約日時	令和 年 月 日 時 分	検査予約時間の 30 分前にご来院ください。	
患者	フリガナ	生年 月 日	明 大 年 月 日 昭 平 () 歳
	氏名	様 男・女	
	住所	TEL	
	今までに当院を受診したことが： <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
臨床診断	※貴院のカルテ・レセプトと同一の病名記載が必要です		
検査目的	<input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の投与の要否の判断目的で、アミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため <input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の投与開始後 12 か月を目安に、投与完了の可否を検討するため <input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の投与開始後 18 か月を超えて投与を継続することを検討するため		
臨床経過等	※軽度認知障害および軽度認知症の判断のために下欄の MMSE / CDR の点数をご参照ください 使用（予定）薬剤： <input type="checkbox"/> レカネマブ（レケンビ） <input type="checkbox"/> ドナネマブ（ケサンラ）		
保険適用要件	※保険診療の場合は、下記要件をご確認いただき当該項目にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 「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こと。 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液（CSF）検査を行っていないこと。		
認知機能評価	レカネマブの場合	MMSE：22 点以上 30 点以下	CDR：0.5 または 1
	ドナネマブの場合	MMSE：20 点以上 28 点以下	CDR：0.5 または 1

その他確認事項

患者情報	身長：() cm 体重：() kg
	体内金属：無・有（有の場合：頭部 それ以外）
	妊娠の可能性：無・有（有の場合、PET 検査はできません）
	移動方法：独歩・車椅子・ストレッチャー（歩行不可の場合：要付き添い）
	20 分の静止：可・不可（仰臥位のみ）必ず主治医がご判断ください
	閉所恐怖症：無・有（当センターでは内服薬を処方できません）
	アルコール過敏症：無・有（薬剤に少量のエタノールが含まれています）
その他留意点	現地での 20 分の静止が不可の場合、検査薬投与後であれば結果にかかわらず料金をご負担いただきます。