

## 脳アミロイドPET 検査依頼書（診療情報提供書）

紹介先医療機関 君津中央病院 放射線科 担当医 殿

下記の患者様を紹介します。

検査予定 (予約日時)	年 月 日 時 分			
フリガナ		性別	体重	生年月日
患者様氏名		男・女	kg	大・昭 平・令 年 月 日
患者様住所				電話番号(日中繋がる番号/携帯可)
臨床診断				
検査目的	<input type="checkbox"/> 投与要否判断 <input type="checkbox"/> 治療開始後12カ月 <input type="checkbox"/> 治療中断後18カ月以降 <input type="checkbox"/> その他(保険適用外)			
臨床経過等				
検査に必要な確認事項	水分制限 無・有(制限量: )妊娠 無・有 感染症 無・有( )帰宅後の生活環境に乳幼児や妊婦の存在 無・有 アルコール過敏 無・有( 一口で倒れてしまう程 )閉所恐怖症 無・有 移動手段 歩行・杖歩行・車椅子 介助の必要性 無・有			
その他、検査に関わる留意点等				

※ 記入後、必ずコピーを紹介元医療機関にて保管してください。

## 依頼医チェック項目

- 貴院は厚生労働省の定める“レカネマブ又はドナネマブの最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である。
- 頭部 MRI 検査で血管原性浮腫や5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症または1cmを超える脳出血はない
- 認知症機能評価(MMSE) スコア: \_\_\_\_\_点
- 臨床認知症尺度(CDR全般) スコア: \_\_\_\_\_点
- 1名以上の検査付き添いが可能 (認知症を対象としていますので万が一に備え、付き添いをお願いしています。)
- 薬剤投与から撮像まで50分待機後、20分撮影の間、安静、静止が可能

## 検査に関する注意事項

- ・ 保険適用要件の確認は、貴院にて必ずお願いします。
- ・ 治療中などのためお薬を服用中の方には、服薬指導をお願いします。
- ・ 検査後の画像・結果については、10日前後でご依頼された医療機関に郵送します。

国保直営総合病院 君津中央病院 地域連携室

〒292-8535 千葉県木更津市桜井 1010

TEL : 0438-36-1069 Fax : 0438-36-0399

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

病医院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_