

診療情報提供書(アミロイドPET用)

記載日 年 月 日

紹介先医療機関名
福岡和白PET画像診断クリニック

紹介元医療機関の所在地および名称
〒 -

担当医 殿

TEL: FAX:

| | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|-----|---|------|
| 検査日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 診療科 | 科 | 医師氏名 |
|------|---|---|---|---|---|-----|---|------|

フリガナ
患者氏名 性別 男・女 身長 cm 体重 kg
〒
患者住所
電話番号 携帯番号
家族連絡先 氏名 続柄
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳) 職業

病名 アルツハイマー病疑い

検査目的 レカネマブ製剤投与の要否判断目的

※すべての項目を満たしていないと保険適応にはなりません

- 確認事項
- レカネマブ製剤投与の要否判断目的の検査である(*それ以外の目的では行いません)
 - MMSEスコア22点以上 (点) CDR全般スコア 0.5もしくは1 ()
 - MRIにて血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表へモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血がない
前回MRI検査日 (年 月 日)
 - 保険診療にて髄液検査 アミロイドβ 42/40比 を行っていない

臨床経過

直近のCT検査日 年 月 日

次回の受診予定 年 月 日

| | | | |
|------------------|--------------------|-------|---------------------------|
| 現在状況 | 外来 ・ 入院中 | 閉所恐怖症 | 有 ・ 無 |
| 送迎希望 | 有 ・ 無 | 20分静止 | 可能 ・ 不可 |
| 移動方法 | 歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー | | ※鎮痛薬やデパスなどが必要な際は持参させてください |
| アレルギー | 有 () ・ 無 | 妊娠可能性 | 有 ・ 無 |
| アルコールアレルギー | 有 ・ 無 | | |
| その他留意点 必要な処置等 | | | |

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2. 頭部CTやMRI、シンチの検査報告書を添付して下さい。
※受診時に極力、MRI画像のDICOMデータを持参させてください。

福岡和白PET画像診断クリニック
〒811-0213 福岡市東区和白丘2-2-76
TEL 092-608-1166 FAX 092-608-1515
<http://www.fwpet.net>