

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>