

アミロイドPET/CT検査 診療情報提供書

【レカネマブまたはドナネマブ投与中止後、初回投与から18ヶ月以上経過し再開する時】

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

放射線科 担当医 殿

紹介元医療機関の所在地および名称

〒

検査日時

TEL:

FAX:

診療科

年 月 日 時 分

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

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

レカネマブまたはドナネマブ治療中断後で、初回治療から18ヶ月を超えて投与を再開する場合

* 初回投与日： 年 月 日

確認事項

MMSEスコア 22点以上 (点) * 1カ月以内目安

参考：レカネマブは22～30点、ドナネマブは20～28点が治療適応

CDR全般スコア 0.5もしくは1 () * 1カ月以内目安

臨床経過
など

直近CT検査日 年 月 日

次回受診予定 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