

レカネマブ(レケンビ)投与用

2.アミロイドPET-CT検査 検査依頼書（診療情報提供書） ☐放射線検査同意済

年 月 日

独立行政法人国立病院機構

浜田医療センター

科

紹介元医療機関の所在地・名称等

先生御侍史

〒697-8511 島根県浜田市浅井町777番12

TEL 0855(25)0505（代表）

TEL 0855(28)7091（地域連携室）

FAX 0855(28)7100（地域連携室）

〒

TEL

FAX

医師名

㊞

検査日	年 月 日 15 時 0 分
フリガナ	生年月日
患者様氏名	年 月 日 (歳)
患者様連絡先	住所：
	電話番号（できれば携帯電話）：
病名	アルツハイマー病による軽度認知障害または認知症疑い
検査目的 (全てレ必要)	☐ 保険適用検査 レカネマブ投与の要否を判断する目的 <必須項目> ☐ 投与施設はレカネマブ（遺伝子組換え）の最適使用推進ガイドライン準拠している。 ☐ 患者様等のレカネマブによる治療意思が確認され、同剤の禁忌に該当しない。 ☐ MMSEスコア22点以上かつCDR全般スコア0.5又は1である。 MMSEスコア 点 ☐ 過去に保険診療で、脳脊髄液によるアミロイドβ検査を行っていない。 ☐ 過去に保険診療でアミロイドPET検査を行っていない。
確認事項	☐ 検査目的、検査内容や副作用、検査費用、キャンセル料について説明し、同意を得ている ☐ 同意書あり
再投与時	☐ レカネマブ投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する検査である。（該当の場合のみ） ☐ （一回限り算定できるが、本撮影が必要と判断した医学的根拠の記載が必要。）
	☐ 保険適応外検査
臨床経過	☐ 以下に記載 ☐ 診療情報提供書を添付する

患者確認事項

アルコール過敏症	☐ 無 ☐ 有→ショック、アナフィラキシー症状の場合検査はできません
閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有
30分の静止	☐ 可 ☐ 不可→検査をお受けできません
移送方法	☐ 歩行 ☐ お付き添いが必要です ☐ 車いす ☐ ストレッチャー
妊娠・授乳	☐ 無 ☐ 有→妊娠中の検査はお受けできません

PET検査についてのお問い合わせは放射線科へご連絡ください

薬（レカネマブ）についてのお問い合わせは脳神経内科外来へご連絡ください