

3.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
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）
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 ドナネマブ投与の要否を判断する目的 <必須項目> ☐ 投与施設はドナネマブ（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。 ☐ 患者様等のドナ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20点以上,28点以下かつCDR全般スコア0.5又は1である。 MMSE 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	☐ ドナネマブ投与開始後の12か月（目安）でのAβプラークの除去を評価。 ☐ 18 か月を超えてドナネマブ投与を継続することを検討するための検査。（18か月目） （本撮影が必要と判断した医学的根拠の記載が必要。）
	☐ 保険適用外検査
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