

アミロイド PET-CT 検査申込書兼診療情報提供書

紹介先医療機関

〒899-5112

鹿児島県霧島市隼人町松永 3320 番地

霧島市立医師会医療センター

外来予約センター 宛て

TEL:0995-55-0107 FAX:0995-55-0162

紹介元医療機関

所在地

医療機関名

科 医師名

TEL

ご担当者様

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日 歳
患者氏名				身長・体重	身長 cm 体重 kg
電話番号	自宅: - - 本人携帯: - -				

検査予定日前に確認の為、電話連絡をいたします。日中連絡のとれる電話番号の記入をお願いいたします。

※脳アミロイド PET-CT 保険適応条件確認

次の項目に**すべて**該当していないと保険適応にならず検査をお受けできません。□に✓をお願いいたします。

☐ 貴施設と依頼医は厚生労働省の定める抗アミロイドβ抗体薬の適正使用推進ガイドラインに準拠している

☐ 抗アミロイドβ抗体薬に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施される

アミロイド PET 検査である

☐ 受診者は MRI 所見を含め抗アミロイドβ抗体薬の投与に係る禁止事項に該当しない

※記載内容に誤りがあり、保険適応とならない場合には貴施設に検査料金をご負担いただく場合があります

貴院で施行した頭部 MRI 等の画像データをご持参ください

診断名	☐ 軽度認知機能障害 (MCI) ☐ 軽度の認知症	検査目的	☐ 抗体薬治療開始前/再開前の診断 ☐ 抗体薬治療効果の評価(ドナネマブのみ)
臨床経過・検査目的等 MMSE スコア: _____ 点 (レカネマブ:22 点以上 ドナネマブ:20~28 点) CDR 全般スコア: _____ 点 (0.5 又は 1.0) ※それぞれ概ね 1 ヶ月以内(治療効果確認時は記載不要)			

※**注意事項** 次にあげる項目に該当する場合は□に✓をつけてください。

☐ 撮影の間(約 20 分程度)静止できない、もしくは鎮静が必要な方

☐ FDG 注射後約 90 分間、待機室で静かに過ごすことができない方

☐ 移動がストレッチャーの方

☐ 急変リスクのある方

PET 検査で使用する薬剤 FDG は放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。医療従事者は法律上放射線

被ばくの制限があるため**注射後医療従事者は患者様の介助につくことができません。おむつ交換やトイレ介助が**

必要な方は家族の付き添いをお願いします。但し妊婦や授乳中の方・乳幼児の付き添いはできません。

上記内容に✓がある場合は検査をお受けできません。

別紙『PET-CT 検査の説明・同意書』『問診票』の説明、記載もお願いいたします。記入後当院へ FAX お願いします。