

- ・ 必要事項をご記入の上、検査日の3日前までにFAXしてください
  - ・ 当日患者様に持参させてください
- [ 山形済生病院提出用 ]

# アミロイドPET 検査依頼書(診療情報提供書)

下記の患者様を紹介します

20 年 月 日

紹介先医療機関 済生会山形済生病院  
PET/CTセンター担当医 殿

TEL 023-682-1112  
FAX 023-682-0320

紹介元医療機関  
の名称・所在地

科 医師名  
TEL - -  
FAX - -

## レカネマブ (遺伝子組換え)製剤投与予定 用

検査予定日 (受付時間)	20 年 月 日 ( ) 時 分		
フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	T・S・H・R 年 月 日
患者様住所	〒		電話番号(昼間連絡が取れる所/携帯可) - -
臨床診断	<input type="checkbox"/> 早期アルツハイマー病(軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる) <input type="checkbox"/> 投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えての再開 <input type="checkbox"/> その他(保険適用外)		<input type="checkbox"/> 初回投与前 <input type="checkbox"/> 投与後( 月)
検査目的	アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対し、脳内アミロイド集積を確認し、レカネマブ製剤投与の可否を判断するため		

【臨床経過等】					
	<table><tr><td>MRI 撮像日</td><td>/</td></tr><tr><td>次回 診察日</td><td>/</td></tr></table>	MRI 撮像日	/	次回 診察日	/
MRI 撮像日	/				
次回 診察日	/				

### 依頼医チェック項目(必須)

- ☐ 貴院はレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である
- ☐ 受診者はレカネマブ(遺伝子組換え)製剤の最適使用推進ガイドライン投与対象となる患者要件の①～④を満たし、レカネマブ製剤の投与の可否を判断する目的である
- ☐ 1.5T以上の頭部MRI検査を実施している
- ☐ 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている (☑して下さい)  
認知機能評価 MMSE ☐22点以上 ☐21点以下 【評価日 月 日】  
臨床認知症尺度 CDR ☐0 ☐0.5または1 ☐2または3 ☐評価困難 【評価日 月 日】
- ☐ 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない  
※上記項目を満たしていない場合は保険適応外となる場合があります
- ☐ 患者様への説明(別紙 同意書)をお願いします ※必須
- ☐ 頭部MRI検査の画像の提供をお願いします。患者様に画像のCD-Rをお渡しください。

### 検査に必要な確認事項

30分程度の静止	可 ・ 不可(検査不可)	妊娠	有(検査不可) ・ 無
アルコール過敏症	有 ・ 無	感染症	有 ・ 無
閉所恐怖症	有 ・ 無	注射後約90分間、1人で安静待機	可 ・ 不可
ADL	独歩 ・ 車椅子	※不可の場合、ご家族の付添いが必要となります。ご家族への説明をお願いします	