

診療情報提供書（アミロイド PET 検査依頼書）

横須賀市立総合医療センター 放射線科担当医宛

フリガナ	☐ 男 ☐ 女	生年月日
患者氏名		西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 () 携帯電話： ()	
予約日時	西暦 年 月 日 (木 ・ 金) 13:30 ・ 14:00	
依頼施設 医師名 電話番号	施設名 _____ 医師名 _____ TEL: ()	
確認事項	☐ アルコール過敏症ではない ※アルコール過敏症は禁忌 ☐ 30 分以上臥位で静止していただける	

保険適用条件 ※必ずチェックしてください。全て当てはまらなければ保険適用になりません

- ☐ レカネマブ又はドナネマブ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
- ☐ アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ又はドナネマブ製剤の投与の可否を判断する目的である
- ☐ 脳脊髄液（CSF）検査を行っていない
- ☐ レカネマブ又はドナネマブ製剤による治療意思が本人及び家族に確認されている
- ☐ 1.5T 以上の MRI 装置で頭部 MRI 検査を行っている

臨床診断

MMSE スコア _____ 点 施行日 _____ 年 月 日
(レカネマブ製剤投与予定 22 点以上、ドナネマブ製剤投与予定 20 点以上 28 点以下)

CDR 全般スコア _____ 0.5 点 ・ 1.0 点 施行日 _____ 年 月 日

アミロイド PET 実施回数

- ☐ 1 回目（レカネマブ又はドナネマブ製剤初回投与前）
- ☐ 2 回目（レカネマブ製剤の投与後、初回投与から 18 か月を超えて再開する場合に限る）
※本検査が必要と判断した医学的根拠を記載してください。

_____ (レカネマブ製剤投与予定 22 点以上、ドナネマブ製剤投与予定 20 点以上 28 点以下)

- ☐ 2 回目（ドナネマブ製剤投与開始 12 か月後の投与完了可否）初回投与日 _____ 年 月 日
- ☐ 3 回目（ドナネマブ製剤投与開始 18 か月後の投与継続判定）初回投与日 _____ 年 月 日