

診療情報提供書（アミロイドPET/CT検査依頼書）

社会医療法人 恵佑会札幌病院

札幌市白石区本通9丁目南1番1号

TEL. (011)863-8800

FAX. (011)863-5666

地域医療連携室直通（平日9:00～17:00）

ご紹介医療機関	
医療機関名	
所 在 地	
診 療 科	
依頼医師名	
TEL	FAX

患者様情報

フリガナ 患者氏名	男 様	生年月日	年	月	日
ご住所		TEL : () -	()	()	-

以下の内容をご確認の上、□印にチェックをご記入下さい

病名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 軽度の認知症
----	---

検査目的（該当するもの1つだけ□してください）

<input type="checkbox"/> 効能・効果として「アルツハイマー病による軽度認知障害および軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品」（レカネマブまたはドナネマブ）の投与の要否の判断のために、アミロイドβ病理を示唆する所見の確認
<input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブ中止後に、初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合（投与対象患者要件に該当）
<input type="checkbox"/> ドナネマブは投与開始後12ヶ月を目安に投与完了の可否を検討、又は18ヶ月を超えて投与継続を検討する場合

チェック項目（下記条件の全てに□がない場合、検査できないことがあります）

<input type="checkbox"/> レカネマブまたはドナネマブに係わる厚労省最適使用推進ガイドラインに準拠している施設からの依頼である
<input type="checkbox"/> MRI検査（1.5テスラ以上）が実施可能である
<input type="checkbox"/> 血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められない
<input type="checkbox"/> 認知機能評価 MMSEスコア レカネマブ22点以上、ドナネマブ20点以上28点以下
<input type="checkbox"/> 臨床認知症尺度 CDR全般スコア 0.5または1
<input type="checkbox"/> 患者本人および家族・介護者の、レカネマブまたはドナネマブによる治療意志が確認されている

既往歴

--	--	--	--	--	--

確認事項（該当するもの全てに□してください）

アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※コメントお願いします	脳脊髄液検査	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行済（PET検査可）
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	身長／体重	cm／ kg
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	30分仰臥位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（検査できない場合あり）
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査不可)	授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (24時間授乳中止可)

備考

※アルコールによる重篤な過敏症の既往は検査できない場合がありますので、事前にご連絡下さい

※アナフィラキシーショックの既往があれば併わせご記入お願いします