

診療依頼票 アミロイドPET検査(FAX送付票)

FAX送信日 令和 年 月 日()	検査日 令和 年 月 日()
フリガナ	大・昭・平・令
患者氏名	年 月 日生(歳) 性別 男・女
住所・電話番号	〒 (TEL - -)

保険情報	保険者番号	公費	市町村番号
	記号・番号	番号	受給者番号
	被保険者名	福祉	負担者番号
	続柄	医療	受給者番号
		本人・家族	

診療情報提供書

杉田玄白記念 公立小浜病院

放射線科

担当医

先生

所在地

医療機関

電話・FAX

医師氏名

印

※該当する項目にチェックと【】内の記載をお願いします。

病名	<input type="checkbox"/> 軽度認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害
検査目的	<input type="checkbox"/> レカナマブ製剤投与の要否となるアミロイドβ病理の確認 <input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤投与の要否となるアミロイドβ病理の確認 <input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤投与後の治療効果判定
確認事項	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関が抗アミロイドβ抗体薬に係る最適使用推進ガイドライン準拠している施設である <input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬の要否を判断する目的とした髄液検査を行っていない <input type="checkbox"/> 認知機能評価 MMSEスコア 【 】点 実施日【 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 臨床認知症尺度 CDR全般スコア 【 】点 実施日【 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬による治療意志が患者本人及び家族に確認されている <input type="checkbox"/> 頭部MRIで抗アミロイドβ抗体薬の禁忌に該当しない※1(直近の頭部MRI所見を事前にFAXお願いします) <input type="checkbox"/> アルコールによる重篤なアレルギー症状(呼吸困難・蕁麻疹など)が出現したことがない
感染症	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
ペースメーカー等埋込デバイスの有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (検査待機中や排泄の際に介助が必要な方は原則として付添をお願いします。)
身長/体重	【 】cm / 【 】kg 妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他伝達事項	

記載内容によっては、こちらから問い合わせをする可能性がございます。ご了承ください。
自己負担金額 保険診療(3割負担の場合)： 約 72,000円前後 (2025年2月現在)
※1頭部MRIのT2*もしくはSWIで小出血など血管障害性病変が5個以内であること