

アミロイドPET／CT検査申込書 兼 診療情報提供書
FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL：0258-28-3600（代表）

受付時間：平日8：30～16：30（FAXは24時間受信可）

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元 令和 年 月 日
医療機関名
診療科
医師名
TEL
FAX
担当者

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴	
				男 ・ 女	有 ID番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無		
※外国人の場合 国 籍			母国語	使用言語		
住 所	〒			電話番号（日中の連絡先）		
				— —		
検査希望日	※ 木曜 14：00 または 14：10 のご案内となります。希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。 希望日 年 月 日（木） □いつでもよい その他（ ）					
紹介目的	・レカネマブ製剤またはドナネマブ製剤の投与可否を判断する目的 ・ドナネマブ製剤の投与終了または投与継続の可否を検討する目的					
ご予約の際、下記の事項を確認していただいたうえでお申し込みください。						
依頼医 チェック項目	保険適用条件に☑をお願いします。 □ 紹介元医療機関がレカネマブ製剤また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。 □ 1.5T以上のMRIで頭部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(a)及び(b)の両方を満たしている。 (a) 認知機能評価 MMSEスコア (レカネマブ製剤を投与する場合 22点以上、ドナネマブ製剤を投与する場合 20点以上、28点以下) (b) 臨床認知症尺度 CDR全般スコア (0.5または1) □ 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。 ※ 上記に準拠していない場合は保険適用外となる場合がありますのでお受けできません。					
注意事項	検査をお受けできない条件に該当していないことを確認の上、☑をお願いします。 ※すべての項目に☑が入らない場合、検査はお受けできません。 □ 入院中の方、ストレッチャー移送の方ではない。 □ 検査時に鎮静が必要でない。 □ 2時間程度待機室で静かに過ごせる。 □ 撮影時は30分程度仰臥位でいられる。 □ 重度の閉所恐怖症でない。 □ 意思の疎通が充分にとれる。 □ 妊娠、妊娠している可能性がある婦人又は授乳婦でない。 □ 検査前後の注意事項を理解し守れる。 □ アルコールアレルギーでない。					
確認事項	●該当する項目がありましたら☑をお願いします。 □心臓ペースメーカー □植込み型除細動器 □酸素ボンベ □その他() ●下記項目に該当する場合は、検査開始から終了まで付き添いの方が必要となります。 付き添いの方の介助のみで移乗ができる場合に限り、検査可能です。(技師/看護師は介助できません) □オムツ・採尿バッグの交換/廃液がお一人でできない方 } → □付き添いの方の同意あり □視覚障害がある方 } 付き添い(介助)をする方 □車いす移動の方 } ()					