アミロイド-PET 検査依頼書 （診療情報提供書）

（紹介先医療機関名） 〒 ９５１-８５６６

新潟市中央区川岸町２丁目１５番地３

新潟県立がんセンター新潟病院

地域連携・相談支援センター 宛て

TEL：０２５-２３４-００１１ FAX：０２５-２３４-００２２

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ  患者氏名 | 男  女 | 住所 | |  | | | |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 歳 | | | | 身長・体重 | cm kg | |
| アミロイドPET　検査歴 | | □ なし □ あり （ 年 月 日 ） | | | | | |
| 検査適応 条件確認 | ●依頼する医師および対象患者は、「最適使用推進ガイドライン レカネマブ」における要件を満たしている。  ●患者に検査内容及び結果説明についてインフォームド･コンセントを行っている。  ●（※ｱﾐﾛｲﾄﾞPET2回目の場合）レカネマブ投与中止後に初回投与から18ケ月を超えて再開する予定である。 | | | | | | 左の条件全てを満たしています  はい □  いいえ □  (検査はできません) |
| お願い | ●可能であれば、直近のMRI画像をDICOMデータで提供ください。  ●ｱﾐﾛｲﾄﾞPET2回目の場合は、撮影が必要と判断した医学的根拠を記載ください。 | | | | | | |
| スコア  確認 | ●MMSEスコア  □22点以上　　□21点以下 | | ●CDR全般尺度  □０　□0.5又は1　□2又は3　□評価困難 | | | | |
| 臨床診断 |  | | | | | | |
| 経過  既往歴  別紙可 |  | | | | | | |
| 検査の注意事項 | ◎検査結果は、「陽性」か「陰性」かの定性判定のみが行われます。  ◎検査前の絶飲食は必要ありません。  ◎普段使用されているお薬は、そのまま内服して頂いて結構 です。  ◎次に挙げる項目のいずれかに該当する場合は、検査をお受けできません。  ・閉所恐怖症で、MRI等の撮像ができない  ・ 移動はストレッチャーである もしくは 車いすで、トイレや移動に介助が必要  ・オムツや採尿バックを使用しており、１人で交換や廃液ができない  ・注射後約1時間、待機室において1人で静かに過ごすことができない  ・検査の間（20分程度）静止ができない もしくは 鎮静が必要  　・アルコール過敏症である  ・妊娠中である  ◎機械トラブル等で検査が遅れたり、検査できない場合もあります。御了承下さい。 | | | | | | |

（紹介元医療機関名）

所 在 地 ：

名 称 ：

T E L ：

F A X ：