

アミロイド PET 検査依頼申込書 (診療情報提供書)

社会医療法人孝仁会
札幌孝仁会記念病院
医療連携相談部 FAX:011-665-0123

<ご紹介元医療機関様>
所在地 _____
医療機関名 _____
診療科 _____
主治医 _____
TEL : _____ FAX : _____

| | |
|---------|-------|
| 申込年月日 | 年 月 日 |
| 検査希望日 | 年 月 日 |
| 結果到着希望日 | 年 月 日 |

| | | | | |
|--------------|-------------------|--------------------|---------|------------------------|
| フリガナ 患者氏名 | 様 | 男・女 | 生年月日 | 明・大 年 月 日生 昭・平 (才) |
| 住 所 | 〒 _____ TEL () — | | | |
| 保険者番号 | 記号番号 | 被保険者との続柄 (本人・家族) | | |
| 公費負担番号 | 受給者番号 | 患者区分 | 入院 ・ 外来 | |
| 公費負担番号 | 受給者番号 | | | |

病名・検査目的・確認事項をご参照の上、□印にチェックをご記入願います。
注意事項につきましては、【アミロイド PET 検査申込み方法】にてご確認ください。

| | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> 軽度認知症 |
| 検査目的 | <input type="checkbox"/> レカ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"/> レカネマブ製剤中止後に、初回投与から 18 ヶ月を超えて再開する場合 |
| 確認事項 | <input type="checkbox"/> 貴院がレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインの基準を満たしている <input type="checkbox"/> レカネマブ製剤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 <input type="checkbox"/> 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 【 】 <input type="checkbox"/> レカネマブ製剤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"/> 脳 MRI でレカネマブ製剤の禁忌に該当しない (画像検査の CD 等を必ずご持参下さい) <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 |

症状経過・検査結果・家族歴・既往歴などをご記入ください (貴院の書式を添付でも可)

| | | | | | | | |
|-----|---------------|------|---------------------|-----------------------|------------|-----|-----|
| 身長 | () cm | 体重 | () kg | アルコール過敏症 | 有・無 | 妊 娠 | 有・無 |
| 感染症 | 有・無・不明 () | 移動方法 | 歩行・杖 車イス・ストレッチャー | ヘルメット等 埋め込みデバイスの有無 | 有・無 () | | |

アミロイド PET 検査申込み方法

1. **保険適用**に該当されることを必ずご確認ください

【保険適用要件】

- ・貴院がレカネマブ製剤に係わる最適使用推進ガイドラインの基準を満たしている
- ・レカネマブ製剤の要否を判断する目的とした髄液検査をおこなっていない
- ・認知機能の低下及び臨床症状の重篤度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たすことが投与前 1 ヶ月以内の期間を目安に確認されていること
 - (a) 認知機能評価 MMSE スコア 22 点以上
 - (b) 臨床認知度尺度 CDR スコア 0.5 又は 1
- ・レカネマブ製剤による治療意思が患者本人及び家族に確認されている
- ・脳 MRI でレカネマブ製剤の禁忌に該当しない

2. **アミロイド PET 検査依頼申込書（診療情報提供書）** の FAX 送信をお願い致します

注 1) 検査薬にアルコールが含まれている為、アルコールにより呼吸困難や蕁麻疹など重篤な症状が出現する方は事前にお申し出下さい

注 2) 検査日は、**毎週金曜日午後（完全予約制）**です

3. **予約票・アミロイド PET 検査説明用紙** を FAX 送信致します

4. 患者様へご説明いただき、**予約票・アミロイド PET 検査説明用紙** をお渡しください

注 3) キャンセルされる場合は、**前日 15 時まで**に必ずご連絡をお願い致します

注 4) アミロイド PET 検査依頼申込書（診療情報提供書）原本、画像データ等は患者様へお渡しの上、当日ご持参いただくようご説明下さい

【検査について】

制限：食事・服薬・運動などの制限はありません

時間：約 2 時間半を要します [体重測定⇒注射⇒90 分後に撮影（20 分）]

付添：検査待機中や排泄の際に介助が必要な患者様は、付添をお願い致します

【検査結果の郵送について】

読影所見および画像（CD-R）は基本的に翌診療日に発送致します

結果を急ぐ場合は FAX にて対応致しますので、ご連絡下さい

社会医療法人孝仁会 札幌孝仁会記念病院 医療連携相談部

受付時間：月曜日～金曜日 9 時～17 時

土曜日 9 時～12 時

※受付時間以外の申し込みは、翌営業日の対応となります

TEL (011) 676-7430 (直通) FAX (011) 665-0123 (直通)