アミロイドPET検査 診療情報提供書 FAX送信および患者様持参用

依頼日 西暦 年 月 日

※原則ご家族・介護者との同伴でのご来院をお願いします。同意書(署名済み)を添付してください。

アミロイドPET検査 予約日時		西暦	年	月	日	時	分	
医療機関名		診療科		担当医師				
TEL: ()		—						
ふりがな		性別		生年月日				
患者様 氏名		☐ 男 ☐ 女		西暦	年	月	日	
患者様 住所	〒 —		※日中に繋がる電話番号→		TEL①:	—	—	
				TEL②:	—	—		
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定 ・レカネマブ: ☐ 抗体薬治療開始前 ☐ 抗体薬治療再開前の診断 ・ドナネマブ: ☐ 抗体薬治療開始前 ☐ 抗体薬治療効果の評価							
	} 1つ選択							
適応詳細	【依頼医チェック項目】 ☐ レカネマブ又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た施設である。 ☐ 1.5T以上の頭部MRI検査を実施している。(画像の提供をお願いします) ☐ 効能又は効果として「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品(レカネマブ及びドナネマブ)に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPET検査である。 ☐ ☒ 髄液検査(CSF)を行っていない。							
	・認知機能評価 MMSE【 】(レカネマブ:22以上,ドナネマブ20~28)		年	月	日			
	・臨床認知症尺度 CDR【 】(0.5または1)		年	月	日			
施行した 画像診断	☐ MRI ☐ CT ☐ RI ☐ その他 ()							
	所見							
自力歩行 ☐ 可 ☐ 車椅子(介助不要) ☐ 車椅子(要介助) ☐ ストレッチャー								
30分静止・1時間安静 ☐ 可 ☐ 不可 ※静止・安静が出来ない場合検査できません								
アルコール過敏症 ☐ 無 ☐ 有 (症状:)					体重 Kg			
その他検査に関わる留意点 (オムツ・膀胱留置カテーテル使用等)				次回診察日	☐ 入院中 (DPC)		☐ 入院中 (DPC以外)	

送信先 函館五稜郭病院 PETセンター

TEL 070-8829-4590 FAX 0138-53-6217

アミロイドPET検査 診療情報提供書 依頼元控え

依頼日 西暦 年 月 日

※原則ご家族・介護者との同伴でのご来院をお願いします。同意書(署名済み)を添付してください。

アミロイドPET検査 予約日時	西暦	年	月	日	時	分
-----------------	----	---	---	---	---	---

医療機関名	診療科	担当医師
TEL: ()		—

ふりがな		性別	生年月日
患者様 氏名		☐ 男 ☐ 女	西暦 年 月 日
患者様 住所	〒 — ※日中に繋がる電話番号→ TEL①: — —		TEL②: — —

検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定		
	・レカネマブ: ☐ 抗体薬治療開始前 ・ドナネマブ: ☐ 抗体薬治療開始前	☐ 抗体薬治療再開前の診断 ☐ 抗体薬治療効果の評価	} 1つ選択

適応詳細	【依頼医チェック項目】 ☐ レカネマブ又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た施設である。 ☐ 1.5T以上の頭部MRI検査を実施している。(画像の提供をお願いします) ☐ 効能又は効果として「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品(レカネマブ及びドナネマブ)に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPET検査である。 ☐ ☒ 脊髄液検査(CSF)を行っていない。
-------------	---

・認知機能評価 MMSE 【 】	(レカネマブ:22以上,ドナネマブ20~28)	年	月	日
・臨床認知症尺度 CDR 【 】	(0.5または1)	年	月	日

施行した画像診断	☐ MRI ☐ CT ☐ RI ☐ その他 ()	
	所見	

自力歩行	☐ 可 ☐ 車椅子(介助不要) ☐ 車椅子(要介助) ☐ ストレッチャー
30分静止・1時間安静	☐ 可 ☐ 不可 ※静止・安静が出来ない場合検査できません
アルコール過敏症	☐ 無 ☐ 有 (症状:) 体重 Kg
その他検査に関わる留意点 (オムツ・膀胱留置カテーテル使用等)	次回診察日 ☐ 入院中 (DPC) ☐ 入院中 (DPC以外)

送信先 函館五稜郭病院 PETセンター
TEL 070-8829-4590 FAX 0138-53-6217

検査予約票（ご本人様控え）

依頼日 西暦 年 月 日

アミロイドPET検査 予約日時	西暦	年	月	日	時	分
-----------------	----	---	---	---	---	---

検査予約時間の**45分前**に、新棟1階「**⑥新患・紹介患者受付**」へお越し下さい。⑥番窓口で受付後、新棟地下1階「PETセンター」へお越し下さい。エレベーター①～④をご利用下さい。

ふりがな		性別	生年月日		
患者様 氏名		☐ 男 ☐ 女	西暦	年	月 日

【 検査当日ご持参頂くもの 】

- 健康保険証又はマイナンバーカード
- 医療費給付受給者証（お持ちの方）
- 主治医から当院宛の「アミロイドPET検査依頼書診療情報提供書」
- 検査に関する同意書
- MRI等の画像CD-R

【 検査にあたっての注意事項 】

別紙の『アミロイドPET検査を受けられる方へ』をお読みください。

※受付時間（予約時間の45分前）に遅れた場合は、検査ができません。

検査中止となった場合は、薬剤代金（17万円前後）をご負担いただくこととなりますので、ご注意ください。

社会福祉法人 函館厚生院
函館五稜郭病院
PETセンター

〒040-8611
函館市五稜郭町38-3
代表TEL 0138-51-2295
PETセンター直通 070-8829-4590
PETセンターFAX 0138-53-6217
受付 月～金 9:00～17:00 土曜 9:00～13:00
休み 日曜・祝日・年末年始