

アミロイドPET/CT 検査紹介状（診療情報提供書）

※ この用紙を当院へFAX 送信後、原本は当日患者様でご持参ください。

国立健康危機管理研究機構

国立国府台医療センター 地域医療連携室

FAX 047-375-4746

TEL 047-375-4744

貴医療機関名

診療科

住所

電話番号

担当医

（フルネーム）

印

自筆の場合は不要

検査予約日時： 年 月 日（曜日） 時 分

（事前の準備がありますので検査当日は時間厳守で「地域医療連携室窓口」にお越しください。）

フリガナ		性別		大正・昭和			
患者名前		男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
				西暦		(	歳)
			身長	cm	体重	kg	
患者住所	〒						
	電話：		携帯：		緊急連絡先：		
電話連絡が可能な方	☐ 患者本人 ☐ 本人以外でも可（ ）		国籍				

病名	早期アルツハイマー病（軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる）
検査目的	☐ 疾患修飾薬投与可否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため ☐ ドナネマブ投与終了・継続可否判断 ☐ その他（ ）
撮影希望薬	☐ 一任 ☐ Flutemetamol（ビザミル®） ☐ Florbetapir（アミヴィッド®）
紹介目的，既往歴及び家族歴，症状経過等	
☐ 別添のとおり	

検査前確認事項

MRI (FLAIR,T2＊WI含む)	年 月 日実施 ☐ 抗Aβ抗体薬の適応上問題となる浮腫・出血性病変なし
MMSEスコア	点（ 年 月 日実施） MMSE：レカネマブ 22点以上/ドナネマブ 20～28点
CDR全般スコア	点（ 年 月 日実施） CDR：0.5又は1
付属物	☐ 酸素 ☐ 輸液（末梢・CV） ☐ ペースメーカー ☐ 各種ドレーン ☐ その他
20分の静止	☐ 可 ☐ 不可
来院方法	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー
依頼医チェック項目（必須）	確認チェック
●ドナネマブ、レカネマブ最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である	()
●脳脊髄液（CSF）検査を行っていない	()
●アミロイドPET検査の同意を取得済	()
※鎮静の実施や本人の状態によっては，貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。	

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 可能な限り頭部MRIデータを添付してください。