

## 《 アミロイド PET 検査受診申込み用紙(保険診療) 》

※ 必要事項をご記入いただき、下記 FAX 番号まで送信をお願いいたします。

※ 本用紙は申し込み用紙ですので、**紹介状**は別途、患者様に持参して頂くか郵送をお願いします。

検査予約日	令和      年      月      日 (      )      午後      時      分				
	※絶食は必要ありません。来院時間は予約時間の <b>50分前</b> です。				
ふりがな 氏名	性別	男	生年月日	T・S・H	年      月      日
		女	身長・体重	身長	cm      体重      kg
郵便番号	〒      -      -				
住所					
電話番号	自宅		本人携帯		
	他連絡先 (家族携帯など)				
紹介元 医療機関	医療機関名				
	主治医                      科                      先生 (記入者:                      )				
<p>● <b>確認事項</b>→ <b>【      】</b>へ記載、<b>チェック</b>をお願いします。</p> <p><b>【      】</b> レカネマブの<b>治療前</b>の検査である。</p> <p><b>【      】</b> ドナネマブの<b>治療前</b>あるいは<b>治療後</b>の検査である。</p> <hr/> <p><b>【      】</b> 紹介元医療機関が上記薬剤の最適使用推進ガイドライン準拠している施設である。</p> <p><b>【      】</b> 上記薬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。</p> <p><b>【      】</b> (治療前) 頭部 MRI で禁忌に該当していない (<b>治療前の方は画像データを必ず持参してください</b>)</p> <p><b>【      】</b> アミロイド PET 検査はアルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対し、抗 Aβ 抗体薬の投与の要否を判断する目的でアミロイド β 病理を示唆する所見の確認のためである。もしくは、治療評価目的である。</p> <p><b>【      】</b> 認知機能評価 <b>MMSE</b> スコア <b>【      点】</b> レカネマブ 22 点以上、ドナネマブ 20 点以上 28 点以下          臨床認知症尺度 <b>CDR</b> 全般スコア <b>【      】</b> 0.5 または 1</p> <p>・現在の状況 ( 外来      ・ 入院      )</p> <p>・閉所恐怖症 ( あり      ・ なし      )</p> <p style="padding-left: 20px;">* 当院では安定剤の処方はできませんので、必要な方は<b>安定剤</b>をご持参ください。</p> <p>・仰臥位での 20-30 分の撮影が可能である ( はい      ・ いいえ      )</p> <p>・アルコールアレルギー ( あり      ・ なし      )</p> <p>・移動方法 ( 歩行      ・ 杖      ・ 車椅子      ・ ストレッチャー      ・ その他:      )</p>					
<p>※検査に使うフルテメタモルは放射性物質であるため注射後は体から放射線が放出されます。医療従事者は法律上、放射線被曝制限があるため、<b>注射後は患者様の介助につくことができません。</b>検査中に介助が必要な方(車いすなど移動に介助が必要な方、トイレやおむつ交換など)は原則として<b>ご家族様で介助をしていただきます。</b>何卒ご理解いただけますようお願いいたします。</p>					