

診療情報提供書兼診察申込書(アミロイド PET)

年 月 日

大阪警察病院 認知症センター 御中

紹介元医療機関の所在地及び名称

〒 医師氏名

電話番号 () - FAX () -

フリガナ	生年月日	T・S・H・R	年	月	日(歳)
患者氏名			性別	男	女
住所 〒					
			電話番号	()	

大阪警察病院 受診歴	有 ・ 無	備考 ()
------------	-------	--------

保険証	保険者番号		記号		番号		枝番	
	公費負担者番号		公費受給者番号		本人 ・ 家族			

疾患名	アルツハイマー病疑い				
検査目的	脳のアミロイド β の蓄積評価				
施行した画像診断	MRI	検査日: 年 月 日 ☐ 血管原性脳浮腫を認めない ☐ 脳表ヘモジデリン沈着症および1 cm を超える脳出血がない ☐ 微小出血が4つ以下である。微小出血の個数 ()			
	CT	検査日: 年 月 日	その他の検査 ()	検査日: 年 月 日	
	依頼添付画像: ☐ MRI(必須)、 ☐ CT、 ☐ その他 ()				
チェック項目	☐ 紹介元医療機関は「最適使用推進ガイドライン」に準拠した施設である。 ☐ アルツハイマー病による、軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し レカネマブ製剤あるいはドナネマブ製剤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。 予定している製剤名 ☐ レカネマブ ☐ ドナネマブ (決まっていないときは両方) ☐ 脳脊髄液(CSF) 検査を行っていない。				
臨床経過・画像所見 (既往歴・手術・RT 薬剤等) 詳細記載を お願い致します ☐ 別紙参照					
確認事項	閉所恐怖症	☐ 有 ☐ 無			
	感染症	☐ 無 ☐ HIV ☐ HCV ☐ HBV その他 ()			
	歩行	☐ 可 ☐ 不可(車椅子・ベット)			
診察希望日時	① 年 月 日 ()	② 年 月 日 ()	③ 年 月 日 ()	④ 年 月 日 ()	

大阪警察病院 地域医療連携センター TEL 06-6775-2863 FAX 06-6775-2864

大阪警察病院