

診療情報提供書兼申込書（アミロイドPET 検査依頼票）

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 患者氏名 住所 〒	生年月日 T・S・H・R 年 月 日(歳) 性別 男 ・ 女
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 <input type="checkbox"/> 血管原性脳浮腫を認めない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> MRI(必須)、 <input type="checkbox"/> CT、 <input type="checkbox"/> その他 ()		
チェック項目	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> レカネマブ <input type="checkbox"/> ドナネマブ (決まっていないときは両方) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 別紙参照	認知機能評価 MMSE スコア () 点 検査日: 年 月 日 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア () 点 検査日: 年 月 日		
確認事項	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV その他 ()	
	歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可(車椅子・ベット)	
予約希望日時	① 年 月 日 (14:55) ② 年 月 日 (14:55)		
検査結果	<input type="checkbox"/> 画像CDと報告書 (検査後、5診療日後までに発送) <input type="checkbox"/> 報告書のみ (検査後、5診療日後までに発送) <input type="checkbox"/> その他 ()		
医師確認	<input type="checkbox"/> 検査の正当性を説明し患者さんの承諾を得た(放射線検査は必ずチェックが必要です)		

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