

大阪医科薬科大学関西 BNCT 共同医療センター アミロイド PET-CT 検査依頼書(保険適用確認書)兼診療情報提供書

放射線科:添田 文彦 先生

記入日

フリ ガナ:

患者氏名: 性別 生年月日: ( 歳)

患者住所: T E L:

診療科: 主治医・担当医:

紹介元:

住 所:

検査識別

脳アミロイド PET/CT 検査(※保険適応について確認済)

(治療前の初回の本 PET/CT 検査は、まず本院の脳神経内科もの忘れ外来にご紹介ください。)

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、ドナネマブの投与開始後 12 か月を目安に投与終了の可否を検討する場合及びドナネマブの 18 か月を超える投与継続の可否を検討する場合、それぞれの場合につき、さらに 1 回限り。

患者都合によりレカネマブ又はドナネマブの投与を中止して、初回投与から 18 か月を超えて再開する場合、初回投与時の患者要件に準じて再度認知症スコアを確認の上、さらに1回限り。

※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保険適用と判断できない場合には検査できません。

※また、アミロイド PET/CT 検査は脳脊髄液検査(アミロイド β やリン酸化タウ測定)と別に算定できません。

アミロイド PET 検査薬の選択希望

Florbetapir(アミヴィッド®)(木午後または金午後 (所要時間 約1時間半)

Flutemetamol(ビザミル®)(月午後 (所要時間 約2時間半)

いずれでも可

※患者/付添人の日程不都合などなければ初回と同じ検査薬を2回目以降でも推奨いたします。

※撮影済 MRI・PET 画像データ、所見レポートを添付してください。当施設の PET・本院の MRI は省略可。

センサトール等、読影支援ソフトウェアに活用いたします。

診療情報 ※各施設の書式の診療情報提供書の添付、カルテ画面印刷、検査結果コピー添付等でも可。

現病歴(発症時期やエピソード):

MMSE スコア: /30 点(検査日: 年 月 日)※最近のもの

CDR 全般スコア: (検査日: 年 月 日)※最近のもの

ドナネマブ(ケサンラ®)初回投与日: 年 月 日

頭部 MRI(検査日: 年 月 日)で抗アミロイドβ 抗体治療の適応を満たしていることを確認。

患者情報

臨床診断名:

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有( )ℓ・ <input type="checkbox"/> 無
感染症	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
検査中(10-20分ほど)動かずにじっとできますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (検査できません)		
身の回りのことが一人で出来ますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (付き添いの方の介助をお願いします。)		

※お問い合わせ……………(代表)072-683-1221

PET-CT 検査受付:内線 3094