

記入日： 年 月 日

医療法人公仁会

姫路中央病院 アミロイドPETの診療情報提供書

【 放射線科直通 TEL : 079-235-7375 FAX : 079-235-7377 】

※ 受診当日は本状を持参してください。

医療機関名 :

診療科名：

TEL:

醫師氏名：

FAX:

希望日	第1希望	年 月 日 時	希望日備考欄			
	第2希望	年 月 日 時				
受診者 情報	フリガナ : 氏名 : _____ 性別 : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			今までに姫路中央病院を受診したことがありますか？		
	生年月日 : _____ 年 月 日生 歳			<input type="checkbox"/> ある		
	連絡の取れる電話番号 : _____			<input type="checkbox"/> ない		
				<input type="checkbox"/> 不明		
検査内容	臨床診断 :	早期アルツハイマー病（軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる）				
	検査目的 :	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、脳内アミロイド集積を確認し、抗アミロイド β 抗体薬の投与の要否を判断するため				
	臨床経過・その他検査に関わる留意点(病名、手術、病理診断、患者様の状態等)					
依頼医 チェック 項目	<input type="checkbox"/> 貴院は抗アミロイド β 抗体薬に係わる最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である <input type="checkbox"/> 患者は抗アミロイド β 抗体薬の最適使用ガイドライン投与対象となる患者要件の①～④を満たしている <input type="checkbox"/> 1.5T以上のMRI装置での頭部検査を実施している <input type="checkbox"/> 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている MMSEスコア () 点 ※ レカネマブは 22点以上・ドナネマブは 20点以上28点以下 CDR全般スコア () ※ 0.5 又は 1 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない <input type="checkbox"/> 可能ならば、頭部MRI検査の画像提供をお願いします。					
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	感染歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	30分 静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
	次回診	年 月 日	● CDR・読影結果は7～10日以内に郵送します。 ● その他希望がありましたら、記入してください。			
	その他					

2025年 5月改訂

文管外-A-000006