

# 虎の門病院 脳アミロイドPET検査依頼書(診療情報提供書)紹介検査用

|          |           |           |             |  |     |
|----------|-----------|-----------|-------------|--|-----|
| フリガナ     |           | 生年<br>月日  | 大正・昭和・平成    |  | 男・女 |
| 患者氏名     |           |           | 年 月 日 ( 歳 ) |  |     |
| 住所       | 〒         | 自宅電話番号    |             |  |     |
|          |           | 携帯電話番号    |             |  |     |
| 虎の門病院受診歴 | ( 有 ・ 無 ) | 虎の門病院患者番号 |             |  |     |

|        |           |     |
|--------|-----------|-----|
| 予約確定日時 | 年 月 日 ( ) | 時 分 |
|--------|-----------|-----|

|                               |                                                                              |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 検査目的 | アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)または軽度の認知症が疑われ、疾患修飾薬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を確認すること |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|        |
|--------|
| 臨床経過など |
|--------|

|                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| 疾患修飾薬に対する最適使用推進ガイドラインの確認事項<br>(保険適用による検査実施には下記の全てが該当することが必須となります。) |
|--------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無症候者ではない。<br><input type="checkbox"/> 中等度以上のアルツハイマー型認知症ではない。<br><input type="checkbox"/> 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえて <input type="checkbox"/> レカネマブ <input type="checkbox"/> ドナネマブ による治療意思が確認されている。<br><input type="checkbox"/> レカネマブ <input type="checkbox"/> ドナネマブ に対して重篤な過敏症の既往歴はない。<br><input type="checkbox"/> 脳MRI検査で、血管原性脳浮腫や5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症または1cmを越える脳出血はない。<br><input type="checkbox"/> MRI検査の実施が可能である。<br>今回のアミロイドPET検査は、以下のいずれかに該当している。<br><input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> ドナネマブ治療開始後12か月 <input type="checkbox"/> レカネマブ、ドナネマブ治療中断後18か月以降<br><input type="checkbox"/> 認知機能テストは、疾患修飾薬の最適使用推進ガイドラインの基準を満たしている。<br>MMSE_____点 CDR_____点<br><input type="checkbox"/> 脳脊髄液検査を実施していない。もしくは実施するが保険算定の予定がない。<br><input type="checkbox"/> その他、 <input type="checkbox"/> レカネマブ <input type="checkbox"/> ドナネマブ に対する最適使用推進ガイドラインの選択基準に沿った患者である。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                      |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 妊娠(女性の方)                                                             | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                |
| 閉所恐怖症                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                |
| 30分の静止、1時間の安静                                                        | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 * 静止、安静ができない方は検査できません。                                                                        |
| 移動方法                                                                 | <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 ( 介助の必要性 ○ 無 ○ 有 )                                                                        |
| * ストレッチャーの方は検査できません。 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( 介助の必要性 ○ 無 ○ 有 ) |                                                                                                                                                      |
| 特殊項目                                                                 | <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 * 完全自己管理できる方のみ。                                               |
| 感染症                                                                  | <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

## 【ご注意】ご家族による検査中のお付き添いのお願いについて

|                                                                                                                                  |                          |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| PET検査室の医療者の被ばく管理上、理解度(認知症など)が十分でない方や、移動、排泄などに介助を要する方は、検査中のご家族の付き添い、介助をお願いします。<br>PET検査のご依頼にあたっては、家族の付き添いが必要な状態かどうか確認を必ずお願いいたします。 | 要チェック                    | 患者と家族に説明し、必要と判断した場合には付き添いを依頼した。 |
|                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |                                 |

|                |      |
|----------------|------|
| 検査依頼者          | 診療科  |
| 医療機関名          | 医師氏名 |
| 所在地 〒          |      |
| ・TEL 内線( )・FAX |      |