脳アミロイドPET-CT検査専用診療情報提供書（画像診断依頼書）

予約日時：　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

医療機関名 TEL　（　　）	診療科	担当医師（フルネーム）

フリガナ		性別	住所　〒　　-
患者氏名	様	□ 男 □ 女	
生年月日	□ 大正 □ 昭和　年　月　日 □ 平成 □ 令和 □ 西暦		
電話番号	（　　）	職業	
	※ご本人に認知症がある場合は確認等が出来る方の電話番号もご記入ください。 （　　）　（カナ：　　続柄：　　）		

依頼内容　（検査報告書には画像DISCが同封されます。）

□ 脳アミロイドPET-CT　　使用薬剤を選択 ➡ □ ビザミル® ［フルテメタモル（18F)］ □ アミヴィド® ［フロルベタピル（18F)］

□ 保険　□ 抗アミロイドベータ抗体薬 初回投与　または　□ 投与中止後に初回投与から18か月を超えての再開

以下①～③全てに該当している。　※④は初回投与後から18か月を超えて再開する場合にご記入ください

傷病名・紹介目的

①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、効能または効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度認知症の進行抑制を有する医薬品（抗アミロイドベータ抗体薬）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を確認する目的である。

該当する方にチェックしてください。　□ 軽度認知症障害（MCI）　□ 軽度の認知症

症状経過及び検査結果

②認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の（a）及び（b）の両方を満たしていること。

現時点のスコアを記入ください。	レカネマブ（遺伝子組換え）製剤投与予定	ドナネマブ（遺伝子組換え）製剤投与予定
（a）認知機能評価　MMSEスコア	（22点以上）　点	（20点以上28以下）　点
（b）臨床認知症尺度 CDR全般スコア	（0.5または1）	□ 0.5　□ 1 □ 評価困難のため他の評価方法で確認済み

※CDR全般スコアが評価困難な場合は、他の評価方法により、認知症の重症度の範囲が同等であることの確認が必要です

（既往歴及び家族歴、治療経過、現在の処方、備考 必要があれば記入ください。）

③抗アミロイドベータ抗体薬に係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。

④抗アミロイドベータ抗体薬の投与投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する際のご依頼に当たっては、本撮影が必要と判断した医学的根拠をご記入ください。

□ 【ドナネバブ（遺伝子組換え）製剤】　投与終了の可否を検討（目安：投与開始後12か月）➡ 該当する方にチェックして下さい。 傷病名

□ 【ドナネバブ（遺伝子組換え）製剤】　18か月を超える投与継続の可否を検討 ➡ □ 軽度認知症障害（MIC） □ 軽度の認知症

□ 私費　保険適用要件に該当しない。　※検診目的での依頼はお引き受けできません。

PET-CT検査の注意事項

※妊娠中またはその疑いのある方、授乳中の方は受診できません。

※薬剤やアルコールに対してアレルギー反応を起こしたことがある方は検査が出来ないことがあります。

※PET-CT装置の特性上、吸収補正は低線量CTで減弱補正を行います。

【予約及び問い合わせ】　0465-34-3175（代表）から放射線科（内線3158）に連絡

小田原市立患者サポートセンター