

脳アミロイドPET/CT検査 診療情報提供書(画像診断依頼書)

■依頼元情報

医療機関名	
診療科名	
依頼医師名	
連絡先TEL・FAX	

■患者(被検者)情報

患者(被検者)名	ふりがな ()		
性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒		
連絡先TEL①	(□本人 □その他:氏名)		
連絡先TEL②	(□本人 □その他:氏名)		
感染症情報	なし・あり ()		
薬剤選択	<input type="checkbox"/> ビザミル <input type="checkbox"/> アミヴィッド		

保険適用条件	すべて該当しているかチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> レカネマブ(遺伝子組み換え)製剤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。 ※準拠していない場合は保険適用外となることがあります。 <input type="checkbox"/> 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、レカネマブ製剤およびドナネマブ製剤投与の可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。 <input type="checkbox"/> レカネマブ製剤の適応はMMSEスコアが22点以上30点以下【 点】 <input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤の適応はMMSEスコアが20点以上28点以下【 点】 <input type="checkbox"/> CDR全般尺度スコアが0.5または1である【 点】
--------	--

上記の保険要件すべてに該当しない場合は自費診療で承ります。(以下適切な症例)

- 臨床症状が非典型的であり、適切な治療のために確定診断を要する認知症が疑われる症例
- 発症年齢が非典型的(65歳未満の発症)であるため、適切な治療のために確定診断を要する認知症が疑われる症例のうち、単純CTまたはMRIで血管性認知症の可能性を否定できる症例
- 軽度認知障害(MCI)または軽度認知症があり、背景としてアルツハイマー病が疑われるが、疾患修飾薬治療のために確定診断を要する症例

**※脳MRI検査歴があれば、最後に撮影された脳MRI画像(DISK)をお持ちください。
読影の参考にさせていただきます。(脳MRI検査を行っていない場合は脳CT検査)**

診療用放射線の安全利用に関するガイドラインにおいては、以下について患者様へご説明しご理解を得ることが必要とされています。

- ☑ 脳アミロイドPET/CT検査1回当たりの被ばく線量は、PET検査約4.8mSv(ミリシーベルト)、CT検査約2.0mSvです。
- ☑ 放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行うことにより得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。
- ☑ 当院では医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分考慮したうえで、最適化を定期的に行っています。

持ち込み画像は、データ(DISK)のみお受けいたします。当院での検査結果を直接依頼元の医療機関へ提供することについて患者様の同意がある場合に限り、本診療情報提供書をご利用ください。

※当日のキャンセルまたは変更はお受けできかねます。その場合は費用をご負担いただくこととなりますのでご了承ください。