

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 新規・No. | - | -   |
| 最終来院日  | 年 | 月 日 |

\*当院  
記入欄

# アミロイドPET診療情報提供書

信和会 明和病院

## 明和キャンサークリニック

20 年 月 日  
紹介状送付先【TEL・FAX】(0798)47-1816 直通

|                                                                                                                                                                                |                               |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| 放射線診断科担当医<br>検査日: (金) 14:00<br>【検査希望日】 月 日 (金)                                                                                                                                 |                               | 【医療機関名】<br>【所在地】<br>【医師名】<br>【TEL】( ) - 【FAX】( ) - |
| フリガナ                                                                                                                                                                           |                               | 身長 _____ cm<br>体重 _____ kg                         |
| 患者氏名                                                                                                                                                                           | 様 (男・女)                       |                                                    |
| 生年月日                                                                                                                                                                           | T・S・H・R 年 月 日 歳               |                                                    |
| 住所 〒<br><input type="checkbox"/> 保険診療<br><input type="checkbox"/> 自由診療<br>*事前連絡時の優先連絡先がある場合はチェックしてください<br><input type="checkbox"/> TEL ( ) - <input type="checkbox"/> 携帯 ( ) - |                               |                                                    |
| 検査目的                                                                                                                                                                           | アルツハイマー病による(軽度)認知障害           |                                                    |
| 臨床経過                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 別紙参照 |                                                    |

**\*確認事項 必ずご記入ください**  
**\*下記1~4にひとつでも該当していない場合は保険適応外となることがあります**

- 貴院は「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」に準拠している施設である
- アルツハイマー病における軽度認知障害又は認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ製剤の要否を判断する目的での検査依頼である
- アミロイドβ42/40比(髄液)における保険算定を行っていない
- レカネマブ(遺伝子組み換え)製剤初回投与前後において、当院(明和キャンサークリニック)による、当該患者に関する調査(背景情報・安全性・有効性について)が可能である

|       |                                                                                            |       |                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------|
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 不明       | 30分制止 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 喘息    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                      | 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
| 感染症   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明                                     | 排尿介助  | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 |
|       | <input type="checkbox"/> 有 (HBV/HCV/HIV/MARS/その他)                                          | 妊娠    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
| 移動方法  | <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー | 次回受診日 | 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 未定                    |

|       |             |         |             |
|-------|-------------|---------|-------------|
| 保険者番号 |             | 公費負担番号  |             |
| 記号・番号 |             | 公費受給者番号 |             |
| 本人・家族 | 本人 ・ 家族     | 負担割合    | 0割 1割 2割 3割 |
| 負担割合  | 0割 1割 2割 3割 | 有効期限    | 年 月 日       |
| 有効期限  | 年 月 日       | 外来負担金   | 円/日まで(月 回)  |