

## ②診療情報提供書(紹介状) 土浦協同病院 脳アミロイド PET/CT 検査

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| フリガナ<br>患者氏名       | 男 ・ 女             |
| 大・昭・平・令            | 年 月 日 ( 歳 )       |
| 連絡先(日中に連絡がとれる電話番号) |                   |
| TEL                | 携帯・自宅・勤務先( 時～ 時 ) |
| 住所                 |                   |

|          |       |
|----------|-------|
| 紹介元医療機関名 | 年 月 日 |
| 診療科      |       |
| ご担当医師名   |       |

診療区分(PET 検査日)

☐外来☐入院中☐生活保護☐自費診療

| 診療種別 | 検査目的 *下記項目にチェック☑をお願いします                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険診療 | <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知機能障害(MCI)または軽度の認知症が疑われ、<br><u>レカネマブ</u> 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ため<br><small>※レカネマブに対する最適使用推進ガイドラインの確認事項に該当しない場合は保険適応外です</small><br><input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知機能障害(MCI)または軽度の認知症が疑われ、<br><u>ドナネマブ</u> 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ため<br><input type="checkbox"/> <u>ドナネマブ</u> 治療開始後 12 ヶ月目または 18 ヶ月目の評価目的<br><small>※いずれもドナネマブに対する最適使用推進ガイドラインの確認事項に該当しない場合は保険適応外です</small> |
| 自費   | 上記の検査目的に該当しない場合は自由診療です<br><input type="checkbox"/> 検査目的：( ) <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

臨床経過等 (病理診断・画像診断・臨床診断・臨床経過等)

●病理診断・臨床診断・臨床経過

●画像所見 ☐CT ☐MRI ☐US ☐RI ☐その他( )

## 患者様情報

|                   |           |                   |                     |
|-------------------|-----------|-------------------|---------------------|
| ・身長 ( cm )        | ／         | 体重 ( kg )         | ・移動手段(歩行・車イス・その他： ) |
| ・手術歴 ( 無・有 )      | 期間： 年 月まで | ・感染症( 無 ・ 有 ) 種類： |                     |
|                   | 内容：       | ・検査時の留意点          |                     |
| ・ペ-スメ-カ-( 無 ・ 有 ) |           | ( )               |                     |
| ・酸素( 要 ・ 不要 )     |           | ・その他              |                     |
|                   |           | ( )               |                     |