

# 診療情報提供書(アミロイドPET用)

記載日 年 月 日

紹介先医療機関名  
福岡和白PET画像診断クリニック

紹介元医療機関の所在地および名称  
〒 -

担当医 殿

TEL: FAX:

検査日時	年	月	日	時	分	診療科	科	医師氏名
------	---	---	---	---	---	-----	---	------

フリガナ

患者氏名 性別 男・女 身長 cm 体重 kg

〒

患者住所

電話番号

携帯番号

家族連絡先

氏名

続柄

生年月日

昭和・平成

年

月

日

( 歳 )

職業

病名 アルツハイマー病疑い

検査目的 レカネマブ製剤投与の要否判断目的

- 確認事項
- レカネマブ製剤投与の要否判断目的の検査である(\*それ以外の目的では行いません)
  - MMSEスコア22点以上 ( 点) CDR全般スコア 0.5もしくは1 ( )
  - MRIにて血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血がない  
前回MRI検査日 ( 年 月 日 )
  - 保険診療にて髄液検査 アミロイドβ 42/40比 を行っていない

臨床経過

次回の受診予定 月 日

現在状況	外来 ・ 入院中	閉所恐怖症	有 ・ 無
送迎希望	有 ・ 無	20分静止	可能 ・ 不可
移動方法	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		※鎮痛薬やデパスなどが必要な際は 持参させてください
アレルギー	有 ( ) ・ 無	妊娠可能性	有 ・ 無
アルコールアレルギー	有 ・ 無		
その他留意点 必要な処置等			

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。  
2. 頭部CTやMRI、シンチの検査報告書を添付して下さい。  
※受診時に極力、MRI画像のDICOMデータを持参させてください。

福岡和白PET画像診断クリニック  
〒811-0213 福岡市東区和白丘2-2-76  
TEL 092-608-1166 FAX 092-608-1515  
<http://www.fwpet.net>