

診療情報提供書・アミロイド PET 検査確認書

年 月 日

国立病院機構 名古屋医療センター 脳神経内科 宛て

紹介元医療機関名 担当医 先生

ふりがな

患者氏名 生年月日 年 月 日 性別 男・女

電話番号 () ー (日中に連絡のつく番号を記入してください)

【確認事項】 にチェックをお願いします

- 紹介元医療機関はレカネマブまたはドナネマブに係る最適使用ガイドラインに準拠している
- 頭部 MRI (1.5T 以上) 検査でレカネマブまたはドナネマブの禁忌に該当しない
- 認知機能の低下および臨床症状の重症度の範囲は以下の a、b を満たしている
 - a. MMSE スコア 20 点以上 [点]
 - b. CDR 全般スコア 0.5 または 1 [点]
- 脳脊髄液 A β 42/40 検査を実施していない

【臨床診断】 にチェックをお願いします

- アルツハイマー病

【検査目的】 にチェックをお願いします

- 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等に対し、レカネマブまたはドナネマブ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
- レカネマブまたはドナネマブの最適使用ガイドラインに沿った投与の再開/継続/完了を判断する
[初回投与日 : 年 月 日]

【持参画像】 にチェックをお願いします * 評価 (2 回目以降) は直近の MRI を持参ください

- CT MRI RI その他 ()

【臨床経過・伝達事項など】

【希望日をお書きください】 (水曜日または木曜日の午後に来院いただきます)

- ① (月 日) ② (月 日) ③ いつでも良い