

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 () (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（遺伝子組換え）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 22 点以上 [点、評価日： 年 月 日]

b. CDR 全般スコア 0.5 または 1 [点、評価日： 年 月 日]

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

【持参画像】 にチェックをお願いします

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