

診療情報提供書（脳アミロイドPET/CT 検査～保険診療）

【予約日時】 令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

紹介先医療機関：仙台総合放射線クリニック
TEL:022(375)1231 FAX:022(346)1805
放射線科 担当医 殿

ふりがな	性別
患者氏名 様	男・女
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	職業
患者住所 〒 TEL: ()	
移動方法： <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

紹介元医療機関 TEL: () 診療科 担当医師氏名

■依頼する検査

- 脳アミロイドPET/CT 《使用薬剤：フルテメタモル(¹⁸F)》

■検査目的（下記に合致する場合は口に✓を入れてください）

- アルツハイマー病による軽度認知障害（MCI）または軽度の認知症の疑われる患者に対して
レカネマブ製剤投与の要否を判断するに当たり、アミロイドβ病理を示唆する所見確認のため

■臨床診断（当てはまる項目に✓を入れてください）

- 軽度認知障害（MCI） 軽度の認知症

■チェック項目(1) … 合致項目に✓を入れてください（全ての項目に合致しないと保険診療対象になりません）

- 依頼施設はレカネマブ最適使用ガイドライン（以下、レカネマブGL）に準拠した施設である
 依頼医はレカネマブGLの条件を満たした常勤医師である
 保険診療でのアミロイドPETは1回目、アミロイドβ病理を確認のための髄液検査は行っていない

■チェック項目(2)

- ・アルコール過敏症： 無 有（薬剤に少量のアルコールを含むため重度の過敏症では検査不可）
・薬剤アレルギー： 無 有（詳細： ）
・その他のアレルギー： 無 有（詳細： ）
・心臓ペースメーカ： 無 有
・女性の場合：妊娠中あるいはその疑い・授乳中 無 有 → 検査できません

■臨床経過・投薬内容など

■既往歴・家族歴

* 感染症： HCV Ab (- + 不明) HBs Ag (- + 不明) TPHA (- + 不明)

※ 診療放射線安全管理指針に基づき以下の項目に対して患者様の理解を得ることが必要とされています
・脳アミロイドPET検査1回当たりの被ばく線量は、PET検査：約4.8 mSV、CT（吸収補正用）：約2.0 mSVです
・放射線被ばくによる不利益に比べ、本検査で得られる情報が上回る場合に当該検査を行います



医療法人 秀放会
仙台総合放射線クリニック
SENDAI Radiation Oncology & Imaging Clinic

〒981-3121 宮城県仙台市泉区上谷刈字向原 21 番地 4

TEL : 022(375)1231 FAX : 022(346)1805

E-mail: info@sendai-roic.or.jp

URL: <https://sendai-roic-or-jp.secure-web.jp>