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：☐歩行可　☐要介助　☐車椅子　☐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(^{18}F)》

■検査目的（下記に合致する場合は☐に✔を入れてください）

☐ アルツハイマー病（AD）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「効能又は効果としてADによるMCI及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品」（以下、当該医薬品）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）

☐ 依頼施設は当該医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用ガイドライン（当GL）に準拠した施設である
☐ 依頼医は当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は初回、当該医薬品の投与中止後、初回投与から18ヶ月を超えての再開前、あるいは、当該医薬品の投与終了の可否又は18ヶ月を超えて継続の可否を検討するためである

■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