

<b>ビザミル静注・<sup>18</sup>F flutemetamol 専用</b>	
<b>βアミロイドPET/CT 検査（保険適応） （レカネマブ/ドナネマブ投与施設専用）</b>	
予約申込書 兼 診療情報提供書 _____ 年 月 日	
予約日時	年 月 日 ( ) 15時 00分
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名  ( ) 科 印
患者情報	(フリガナ) _____ 氏名 _____ 男・女 電話番号 ( ) _____
	生年月日 _____ 年 月 日 歳
	① 歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（車椅子・ストレッチャーなど） 歩行不可の場合、検査開始から終了まで、介助者の付き添いが必要です。
	② 仰臥位で20分間の撮影 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（検査できません） 側臥位では撮影できません。 閉所恐怖症の方はご配慮ください。当センターでは内服薬を処方できません。
	③ アルコール過敏症 <input type="checkbox"/> 無 アルコール過敏症の既往がある方は検査できません。
<b>【必須】実施済みのMRI画像をご提供ください。</b> （可能であれば1mm厚程度のThinスライスのMRI画像）	
依頼医 チェック 項目 ※必ずチェック 区をご記入く ださい ※MMSEとCDR は数値をご記 入ください	<input type="checkbox"/> <u>レカネマブまたはドナネマブ（遺伝子組換え）製剤にかかる最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である。</u> ※ 準拠していない場合は保険適応外となる場合があります。 <input type="checkbox"/> <u>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に対しレカネマブ/ドナネマブ製剤の投与の要否を判断する目的である。</u> <input type="checkbox"/> 最新のMMSEスコア ( / 30 ) ※数値をご記入ください <input type="checkbox"/> 最新のCDR全般スコア ( ) ※数値をご記入ください <input type="checkbox"/> ドナネマブ使用の場合 ( 初回 / 12ヶ月後 / 18ヶ月後 )
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>レカネマブ/ドナネマブ投与が実施可能な医療施設専用の情報提供書です。検査結果は5営業日以内に発送（郵便）いたします。</li> <li>ドナネマブ投与12ヶ月後、18ヶ月後評価の場合、初回と同一装置で撮影するよう努めます。</li> <li><u>中止または延期の際は前日までにご連絡ください。</u> 当日キャンセルの場合、薬剤料をご負担いただく場合があります。</li> </ul>
備考	<ol style="list-style-type: none"> <li>本票を当センターが受け取りましたら 折り返し「検査予約確認書」をFAXいたします。</li> <li>本票は担当の先生ご自身による署名・捺印のうえ、紹介状として患者様にお渡しいただき、検査当日に当センターまでご持参ください。</li> <li>「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様への説明をお願いいたします。 参考；保険適応外の場合、当院の自費アミロイドPET検査費用は¥262,053（税込）です。</li> </ol>