

β アミロイド PET/CT 検査（レカネマブ投与施設専用）	
予約申込書 兼 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) 電話番号 氏名 男・女 ()
	生年月日 年 月 日 歳 身長 cm/体重 kg
	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。
依頼医 チェック 項目 ※必ずチェック 箱をご記入く 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（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"/> 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、 <u>レカ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"/> MMSE スコア (/ 30) ※数値をご記入ください <input type="checkbox"/> CDR 全般スコア () ※数値をご記入ください
注意事項	<ul style="list-style-type: none">レカ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。貴院で実施済みのMRI画像をご提供いただきますようお願い申し上げます。 可能であれば、1mm厚程度のThinスライスのMRI画像もご提供いただけたら幸いです。当院の検査薬は¹⁸F flutemetamol です。中止または延期の際は前日までにご連絡ください。 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。
備考	1. 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。 2. 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。 3. 「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。