βアミロイド PET/CT 検査

（レカネマブ/ドナネマブ投与施設専用） 当院の検査薬は ^{18}F flutemetamol です。

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　　印 （　）科	
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**　□**可**　□**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**　□**可**　□**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**　□**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☑をご記入ください ※ MMSE と CDR は数値をご記入ください	□ **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。** ※ 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。 □ **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。** □ **最新の MMSE スコア**　（　/ 30 ）※数値をご記入ください □ **最新の CDR 全般スコア**（　）※数値をご記入ください □ **ドナネマブ使用の場合（ 初回 / 12 ヶ月後 / 18 ヶ月後 ）**	
注意事項	・ **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。 ・ **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、**1㎜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 ^{18}F flutemetamol です。 ・ 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。 ・ **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。	

静岡県立総合病院 PET イメージングセンター　FAX 054(248)7755