脳アミロイド PET-CT 検査専用申込書	松下記念病院　　FAX(06)6992-6697（医療連携専用）

診療情報提供書(FAX紹介予約申込書)

年　　月　　日

松下記念病院　放射線科
PET センター　宛

医療機関名
医師氏名　　㊞
住　所
電話番号
FAX 番号

患者	フリガナ 氏　名　　様　□男 □女	生年月日	□大 □昭　年　月　日 □平 □令　（　歳）
	今までに松下記念病院を受診したことが		□ あります　□ ありません

以下の項目にすべて該当している場合のみご予約可能です（☑必須）

□ 厚生労働省の定めるレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、レカネマブ製剤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を確認する目的である。
□ 貴施設と依頼医はレカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している。
□ 1.5T 以上の MRI で頭部 MRI 検査を実施している。
□ アミロイド PET 検査を依頼する患者は，MRI 所見を含めレカネマブの禁忌に該当しない。
□ アミロイド PET 検査を依頼する患者についてアミロイドβ脳脊髄液(CSF)検査の保険請求をしない。

● 以下の項目にご記入ください。※は必須項目です。

※診断名	□ 軽度認知機能障害(MCI)　□ 軽度の認知症
※確認事項	来　院　方　法: □独歩　□車椅子　□ストレッチャー 閉 所 恐 怖 症: □無　□有(有の場合、検査できない可能性あり) 仰臥位での 20 分静止: □可能　□不可能(不可能の場合、検査できません) 妊　　娠: □無　□有(有の場合、検査できません) アルコール過敏症: □無　□有 体内(頭部)金属: □無　□有(　)
臨床経過等	MMSE スコア(　)点　CDR 全般スコア(　)点
留意事項	

上記検査における必要性(正当化)を患者様に説明済みですので検査の実施をお願いします。

受診希望日　　年　　月　　日（　）	希望
患者様が待機されている等 FAX 受信後、直ちに連絡の必要がありますか？	□ 有

備考 1.予約申し込みの FAX 送信は来院希望日 2 日前までの 平日8:30～17:00にお願いいたします。
2.予約日の変更・取り消しの場合は、検査1日前の昼(12:00)までに、患者支援連携センターへご連絡ください。
これ以降のキャンセルは、患者様に放射性医薬品購入費(約 19 万円)を、請求させていただく場合があります。

松下記念病院　患者支援連携センター
〒570-8540　守口市外島町5番55号　直通 TEL (06)6992-5373