アミロイドＰＥＴ／ＣＴ予約申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0422-44-6897　PFMセンター地域医療連携室　　記載日　　年　　月　　日

紹介先医療機関　杏林大学医学部付属病院 希望日 ※検査予約は火曜日および金曜日の14時頃となります。 第一希望　　月　　日（　　曜日）　　時頃 第二希望　　月　　日（　　曜日）　　時頃 第三希望　　月　　日（　　曜日）　　時頃 ご都合の悪い日 予約希望日の記入が無い場合又はご都合の悪い日のみ記入の場合は一番早い日程でご予約をお取りいたします。	紹介元医療機関 医療機関名 （〒　　－　　） 所 在 地 電話番号 FAX番号 診 療 科 医 師 名　　印

杏林（本院）受診歴　□無　□有（　　年　　月頃）　（ＩＤ　　）

フリガナ 患者氏名 （旧姓　　）	性別 □男 □女	生年月日（□大正　□昭和　□平成　□令和） 年　月　日（　歳） 身長　cm　体重　kg 妊　娠　□無　□有　□可能性あり

住　所　（〒　　－　　）

電話番号　自宅　　－　　－　　携帯　　－　　－

通院状況	□外来　□入院中 （退院予定日　　年　　月　　日）	移動手段	□単独歩行　□歩行（要介助）　□車椅子 ※自力でトイレ・ベッドへの移動ができない場合は不可
日 本 語	□可　□不可（言語：　　）		
臨床診断		薬剤選択	□レカネマブ製剤　□ドナネマブ製剤
		診療種別	□保険適用　□保険適用外（希望含む）
検査目的	□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製剤およびドナネマブ製剤の投与の要否を判断するため □ドナネマブ製剤投与開始後12か月を目安に投与完了の可否を検討するため □レカネマブ製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて投与再開を検討するため		
既往歴及び家族歴	*薬物アレルギー　□無　□有（　　）		
臨床経過（治療経過、投与内容等）	□別添あり		
保険適用条件	□レカネマブ製剤またはドナネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインを準拠している施設 □頭部MRI（1.5テスラ以上）が実施可能 □レカネマブ製剤またはドナネマブ製剤の禁忌に該当しない □脳脊髄液検査におけるアミロイドβ42/20比測定を行っていない □MMSEスコア（レカネマブ製剤：22点以上、ドナネマブ製剤：20点以上28点以下） （　　点　測定日　　年　　月　　日） □CDR全般尺度 0.5mまたは1（　　点　測定日　　年　　月　　日）		
感 染 症	□無　□有　□未検　□検中 □ＨＢＶ　□ＨＣＶ　□ＨＩＶ　□Ｔｂｃ　□W氏　□その他（　　）		
難　聴	□無　□有	閉所恐怖症	□無　□有
聾　唖	□無　□有	30分程度の静止	□可　□不可

【FAX受付時間】平日　9：00～18：00　土曜日　9：00～12：00　（FAXは24時間受信可能）
受付時間外の申し込み分は翌診療日の返信になりますのでご了承ください。
【外来休診日】日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）・11月第2土曜日（学園創立記念日代替日）

2026.8.1更新