

診療情報提供書（アミロイドPET/CT検査依頼書）

社会医療法人 **恵佑会札幌病院**
 札幌市白石区本通9丁目南1番1号
 TEL. (011)863-8800
 FAX. (011)863-5666
 地域医療連携室直通（平日9:00～17:00）

ご紹介医療機関			
医療機関名			
所在地			
診療科			
依頼医師名			
TEL		FAX	

患者様情報			
フリガナ		☐ 男	生年月日
患者氏名	様	☐ 女	年 月 日
ご住所	TEL () -		
検査中の緊急連絡先（ご本人以外）を記入ください			
TEL () - 続柄			

以下の内容をご確認の上、☐印にチェックをご記入下さい

病名	☐ アルツハイマー病による軽度認知障害 ☐ 軽度の認知症
検査目的（該当するものに ☒ ） 投与継続/再開の判定の場合： 初回投与日（ 年 月 日）	
☐	（レカネマブまたはドナネマブ）の初回投与の要否の判断のために、アミロイド β 病理を示唆する所見の確認
☐	レカネマブまたはドナネマブ中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合
☐	ドナネマブの初回投与開始後12ヶ月を目安に投与完了の可否を検討する場合
☐	ドナネマブの初回投与開始後18ヶ月時に、18ヶ月を超えた投与継続を検討する場合
チェック項目（下記条件の全てに ☒ が必要）	
☐	レカネマブまたはドナネマブに係わる厚労省最適使用推進ガイドラインに準拠している施設からの依頼である
☐	MRI検査（1.5テスラ以上）が実施可能である
☐	血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められない
☐	認知機能評価 MMSEスコア レカネマブ22点以上、ドナネマブ20点以上28点以下
☐	臨床認知症尺度 CDR全般スコア 0.5または1
☐	患者本人および家族・介護者の、レカネマブまたはドナネマブによる治療意志が確認されている

既往歴			
確認事項（該当するもの全てに ☒ してください）			
アルコール過敏症	☐ 無 ☐ 有 ※備考欄へ	脳脊髄液検査	☐ 未施行 ☐ 施行済（PET検査可）
感染症	☐ 無 ☐ 有（ ）	身長/体重	cm / kg
移動方法	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	30分仰臥位	☐ 可 ☐ 不可
妊娠	☐ 無 ☐ 有（検査不可）	授乳	☐ 無 ☐ 有（24時間授乳中止）
備考			

※アルコールによる重篤な過敏症の既往は検査できない場合がありますので、事前にご連絡下さい

※アナフィラキシーショックの既往があれば併せて記入をお願いします

2026/10/21 改定