



患者情報	フリガナ		性別
	氏名		様 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	診察券番号 (当院の診察券をお持ちの方)		
第1検査希望日		年 月 日 ( 曜日)	
第2検査希望日		年 月 日 ( 曜日)	

【依頼要件】

依頼目的	アミロイドPET-CT検査によるアミロイドβ蛋白蓄積の判定
依頼要件 (必須)	※以下項目にすべてに該当する必要があります(☑をしてください)
	<input type="checkbox"/> 貴院はレカネマブ（遺伝子組み換え）製剤に係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。
	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対しレカネマブ製剤の投与の要否を判断する目的で行われる。
	<input type="checkbox"/> 脳脊髄液でアミロイドβ42/40検査の保険算定を行っていない。

【確認事項】

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー →検査をお受けすることができません。
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →検査をお受けすることができません。
60分の安静待機	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 →検査をお受けすることができません。
20分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 →検査をお受けすることができません。
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →ショック、アナフィラキシー症状の既往がある場合は検査をお受けすることができません。
妊娠・妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →検査をお受けすることができません。
配乳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →検査後24時間断乳が必要です。

※検査の間、検査エリアを移動していただく必要があるため、介助を必要とする方については付き添いが必要です。付き添いできない場合は検査をお受けできない場合があります。

貴医療機関	医療機関名	
	担当者名 (フルネーム)	
	電話番号	
	FAX番号	

問合せ先：帝京大学医学部附属病院 中央放射線部 検査予約係  
 TEL 03-3964-1211 内線 32224  
 FAX 03-3964-1067 (直通)