

① 診療情報提供書(βアミロイドPET検査)

LSI札幌クリニック提出用

記入日 年 月 日

医療法人 新産健会
LSI 札幌クリニック

札幌市東区北13条東1丁目2番50号

TEL. 011-711-1331

FAX. 011-711-1337

LSI ID欄:

ご紹介医療機関

名 称

所 在 地

T E L

診 療 科

担 当 医

F A X

科 ☐ 外来 ☐ 入院

フリガナ			
受診者様氏名	☐ 男性 ☐ 女性	ご住所 (市や区まで)	
ご生年月日	歳	連絡先	
検査日時	年 月 日	受付 時 分 (検査 時 分)	

診 断 名	
☐ 軽度認知障害(MCI)	☐ 軽度の認知症

検 査 目 的	※該当するものにチェックをつけてください
レカネマブ	☐ [初回投与前] 投与の可否を判断 ☐ [投与中止後に初回投与前から18カ月を超えて再開する場合] 投与の可否を判断 ※本撮影が必要と判断した医学的根拠を「臨床経過・検査目的など」にご記入ください。
ドナネマブ	☐ [初回投与前] 投与の可否を判断 ☐ [投与中止後に初回投与前から18カ月を超えて再開する場合] 投与の可否を判断 ※本撮影が必要と判断した医学的根拠を「臨床経過・検査目的など」にご記入ください。 ☐ 投与終了の可否を検討(投与開始後12か月を目安) ☐ 18か月を超える投与継続の可否を検討
確 認 事 項	※すべての項目にチェックがない場合、自費になります
☐	レカネマブまたはドナネマブ(遺伝子組換え)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。
☐	効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPETである
	認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている
☐	MMSEスコア 点 (年 月 日) (レカネマブ: 22点以上、ドナネマブ20-28点)
	CDR全般スコア 点 (年 月 日) (0.5 又は 1.0)
※上記の条件を満たしていない場合は、保険適用外となります。 ☐ 自費の検査を希望します(税込275,000円)	

臨 床 経 過 ・ 検 査 目 的 な ど
☐ 別紙参照 ※撮影したMRI,CTなどの画像がございましたらご提出ください。

酸 素	☐ 無 ☐ 有	身 長 / 体 重	cm kg
妊 娠	妊娠中は検査不可	アルコール不耐性	☐ 無 ☐ 有(慎重投与)
移 動	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	付 添	約90分間お一人で待機できない場合は必須
結 果	☐ でき次第FAXを希望	次 回 受 診 日	月 日

記入日 年 月 日

医療法人 新産健会
LSI 札幌クリニック
札幌市東区北13条東1丁目2番50号
TEL. 011-711-1331
FAX. 011-711-1337

ご紹介医療機関	名 称			
	所 在 地			
	T E L	F A X		
	診 療 科	科 ☐ 外来 ☐ 入院		
	担 当 医			

LSI ID欄:

フリガナ			
受診者様氏名	☐ 男性 ☐ 女性	ご住所 (市や区まで)	
ご生年月日	歳	連絡先	
検査日時	年 月 日	受付 時 分 (検査 時 分)	

診 断 名		
☐ 軽度認知障害(MCI)	☐ 軽度の認知症	

検 査 目 的	※該当するものにチェックをつけてください		
レカネマブ	☐ [初回投与前] 投与の可否を判断		
	☐ [投与中止後に初回投与から18カ月を超えて再開する場合] 投与の可否を判断 ※本撮影が必要と判断した医学的根拠を「臨床経過・検査目的など」にご記入ください。		
ドナネマブ	☐ [初回投与前] 投与の可否を判断		
	☐ [投与中止後に初回投与から18カ月を超えて再開する場合] 投与の可否を判断 ※本撮影が必要と判断した医学的根拠を「臨床経過・検査目的など」にご記入ください。		
	☐ 投与終了の可否を検討(投与開始後12か月を目安)		
	☐ 18か月を超える投与継続の可否を検討		
確 認 事 項	※すべての項目にチェックがない場合、自費になります		
☐ レカネマブまたはドナネマブ(遺伝子組換え)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。			
☐ 効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品に係る厚生労働省の定める最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPETである			
認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の両方を満たしている			
☐ MMSEスコア 点 (年 月 日) (レカネマブ: 22点以上、ドナネマブ20-28点)			
☐ CDR全般スコア 点 (年 月 日) (0.5 又は 1.0)			
※上記の条件を満たしていない場合は、保険適用外となります。 ☐ 自費の検査を希望します(税込275,000円)			

臨 床 経 過 ・ 検 査 目 的 な ど			
☐ 別紙参照	※撮影したMRI,CTなどの画像がございましたらご提出ください。		

酸 素	☐ 無 ☐ 有	身 長 / 体 重	cm kg
妊 娠	妊娠中は検査不可	アルコール不耐性	☐ 無 ☐ 有(慎重投与)
移 動	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー	付 添	約90分間一人で待機できない場合は必須
結 果	☐ でき次第FAXを希望	次 回 受 診 日	月 日

フリガナ			ご住所 (市や区まで)	
受診者様氏名	様	☐ 男性 ☐ 女性		
ご生年月日		歳	連絡先	
検査日時	年	月	日	受付 時 分 (検査 時 分)

■ 検査の流れ (所要時間 約3時間 程度)

- ①お薬を注射します。その後、90分ほど安静にさせていただきます。
- ②検査機器に入り、撮影を行います。撮影時間は15～20分ほどです。

■ 注意事項

【薬について】

- ・服薬の制限はありません。いつも通り飲んでください。

【女性の方へ】

- ・被ばくを伴う検査のため、妊娠中や妊娠の可能性がある方は検査できません。

【その他】

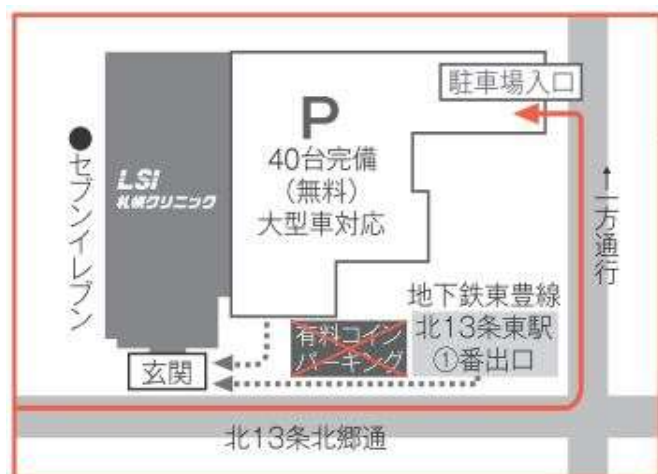
- ・頭部に金属がついていると画像に影響が出てしまうため、検査前に外していただきます。

【キャンセルについて】

- ・特殊なお薬を使用する検査です。キャンセルや日程変更は可能な限りお早めにご連絡ください。

【持ち物】

- ・マイナ保険証
- ・病院からのお手紙、CDなど
- ・おくすり手帳



医療法人 新産健会
LSI 札幌クリニック

札幌市東区北13条東1丁目2番50号

☎ 011-711-1331

(平日、第1・3土曜日9:00-17:00)

■地下鉄でお越しの場合

(東豊線)「北13条東駅」1番出口より徒歩30秒
(南北線)「北12条駅」2番出口より徒歩10分

■お車でお越しの場合

無料駐車場がございます。上の地図をご覧ください。