

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

LSI 医療法人 新産健会
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			
TEL		FAX	
診療科	科	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	()
担当医	※押印の場合は3枚目まで押印下さい。		

フリガナ 受診者様氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご住所		生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
検査日時	年 月 日	受付時間	時 分
		連絡先※	

※検査日前週の水～金曜日に当院より患者様へ最終確認のお電話をします。必ず連絡の取れる電話番号（付添でも可）をご記載ください。

依頼医チェック項目 ※必ずご記入ください
<input type="checkbox"/> レカネマブ(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
<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(遺伝子組換え)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 ※どちらか選択して下さい(<input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) / <input type="checkbox"/> 軽度の認知症)
<input type="checkbox"/> 1.5T以上の脳MRI検査を実施している ※MRI画像(CD-R)のご提出をお願いします
<input type="checkbox"/> 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たしている ※スコア及び施行日をご記入ください(1ヶ月以内) (a) MMSEスコア 22点以上 【 点】 (年 月 日) (b) CDR全般スコア 0.5または1 【 】 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない
保険診療でのアミロイドPET実施回数 ※該当するものを選択して下さい <input type="checkbox"/> 1回目(レカネマブ製剤初回投与前) <input type="checkbox"/> 2回目(レカネマブ製剤の投与中止後、初回投与から18か月を超えて再開する場合に限る) ※2回目の場合は、本検査が必要と判断した医学的根拠を記載して下さい
※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。 <input type="checkbox"/> 【自費】保険外アミロイド検査 税込187,000円

臨床経過・検査目的など
<input type="checkbox"/> 別紙参照

■注意事項

- 記載に不備がある場合は再提出をお願いすることがございます。
- 保険適用がない場合、あるいは現在までの臨床情報では保険診療対象外と判断した場合には自費での受診をお願いすることがございます。

受診者様情報 (全員記載)	酸素投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ℓ/分)	身長 / 体重 cm / kg
	妊娠 <input type="checkbox"/> 妊娠中は検査不可	アルコール不耐症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(慎重投与)
	移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	付添 約90分間お一人で待機出来ない方は必須
次回来院日	月 日	

②診療情報提供書(βアミロイドPET検査)

ご紹介医療機関様 控え

記入日 年 月 日

LSI 医療法人 新産健会
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			
TEL		FAX	
診療科	科	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	()
担当医	※押印の場合は3枚目まで押印下さい。		

フリガナ 受診者様氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご住所		生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
検査日時	年 月 日	受付時間	時 分
		連絡先※	

※検査日前週の水～金曜日に当院より患者様へ最終確認のお電話をします。必ず連絡の取れる電話番号（付添でも可）をご記載ください。

依頼医チェック項目 ※必ずご記入ください
<input type="checkbox"/> レカネマブ(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
<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(遺伝子組換え)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 ※どちらか選択して下さい(<input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) / <input type="checkbox"/> 軽度の認知症)
<input type="checkbox"/> 1.5T以上の脳MRI検査を実施している ※MRI画像(CD-R)のご提出をお願いします
<input type="checkbox"/> 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たしている ※スコア及び施行日をご記入ください(1ヶ月以内) (a) MMSEスコア 22点以上 【 点】 (年 月 日) (b) CDR全般スコア 0.5または1 【 】 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない
保険診療でのアミロイドPET実施回数 ※該当するものを選択して下さい <input type="checkbox"/> 1回目(レカネマブ製剤初回投与前) <input type="checkbox"/> 2回目(レカネマブ製剤の投与中止後、初回投与から18か月を超えて再開する場合に限る) ※2回目の場合は、本検査が必要と判断した医学的根拠を記載して下さい
※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。 <input type="checkbox"/> 【自費】保険外アミロイド検査 税込187,000円

臨床経過・検査目的など
<input type="checkbox"/> 別紙参照

■注意事項

- 記載に不備がある場合は再提出をお願いすることがございます。
- 保険適用がない場合、あるいは現在までの臨床情報では保険診療対象外と判断した場合には自費での受診をお願いすることがございます。

受診者様情報 (全員記載)	酸素投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ℓ/分)	身長 / 体重 cm / kg
	妊娠 <input type="checkbox"/> 妊娠中は検査不可	アルコール不耐症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(慎重投与)
	移動 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	付添 約90分間お一人で待機出来ない方は必須
次回来院日	月 日	



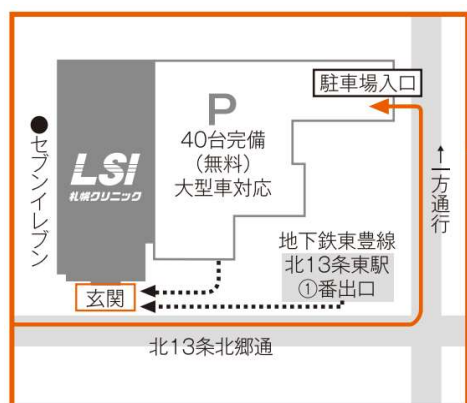
記入日 年 月 日

フリガナ 受診者様氏名	連絡先※
様	
検査日	受付時間
年 月 日	時 分

※上記ご連絡先に、検査日の前の週(水～金曜日)に当院からお電話いたします。

注意事項	
<p>【食事について】</p> <p> ・検査当日は 昼食は食べずにお越しください。 ※アメやガムなども食べないでください。 ※飲み物は糖分の入っていない水か お茶にしてください。</p> <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルコールアレルギーをお持ちの方は事前にお申し出ください。 ・頭部に金属があると画像に悪影響を及ぼすため、検査時に外していただきます。 ・入れ歯は検査時に外していただきますので、入れ歯安定剤などの使用は控えてください。 <p>【検査について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お薬を注射後、90分安静にしていただきます。その後、検査開始(撮影時間15～20分)となります。 <p>【キャンセルについて】</p> <p> ・特殊なお薬を使用します。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。 ・連絡先: 011-711-1331</p>	<p>【薬について】</p> <p> ・制限はありません</p> <p>【女性の方へ】</p> <p> ・妊娠中や妊娠の可能性の方は、 検査をお受けいただけません。</p>

持ち物	必須	①検査費用(現金またはクレジットカード可) ②保険証 ③本用紙
	お持ちの場合	④病院からのお手紙・CD ⑤おくすり手帳



- 地下鉄でお越しの方**
- (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
- バスでお越しの方**
- (東65・伏古北13条線)
「北13条東1停留所」目の前
- お車でお越しの方**

《無料駐車場がございます》

- ・北13条北郷通を東に進む
- ・北13東2を左折する
- ・左手に入口がございます

札幌市東区北13条東1丁目2番50号

電話:011-711-1331(診療時間:平日、第1・3土曜日9時～17時)