

## 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



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 |   | F A X                                                       |  |
| 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<br>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                                                                                                               |

|                                                                                                                     |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診 断 名                                                                                                               |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)                                                                                | <input type="checkbox"/> 軽度の認知症                                                                             |
| 検 査 目 的 ※いずれかにチェックをつけてください                                                                                          |                                                                                                             |
| レカネマブ                                                                                                               | <input type="checkbox"/> [初回投与前] 投与の要否を判断                                                                   |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> [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] 投与の要否を判断<br>※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                                                                                                               | <input type="checkbox"/> [初回投与前] 投与の要否を判断                                                                   |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> [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] 投与の要否を判断<br>※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。 |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 投与終了の可否を検討(投与開始後12か月を目安)                                                           |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 18か月を超える投与継続の可否を検討                                                                 |
| 確 認 事 項 ※全ての項目にチェックがない場合、自費になります                                                                                    |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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。                                        |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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                                                                                    |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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)                                                                                 |                                                                                                             |
| <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                                               |                                                                                                             |
| ※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275,000円                                                                  |                                                                                                             |

臨床経過・検査目的など

☐ 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<br>(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  | 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

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 |                                                                     | F A X |        |
| 診 療 科 | 科                                                                   | 外来    | 入院 ( ) |
| 担 当 医 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※印の場合は3枚目まで押印下さい。 |       |        |

|                |         |                                                                                                                   |
|----------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ<br>受診者様氏名 | 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        | 連 絡 先 ※ |                                                                                                                   |
|                | 年 月 日   | 受 付 時 間 時 分                                                                                                       |

|                                                                                                                     |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診 断 名                                                                                                               |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)                                                                                | <input type="checkbox"/> 軽度の認知症                                                                             |
| 検 査 目 的 ※いずれかにチェックをつけてください                                                                                          |                                                                                                             |
| レカネマブ                                                                                                               | <input type="checkbox"/> [初回投与前] 投与の要否を判断                                                                   |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> [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] 投与の要否を判断<br>※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                                                                                                               | <input type="checkbox"/> [初回投与前] 投与の要否を判断                                                                   |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> [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] 投与の要否を判断<br>※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。 |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 投与終了の可否を検討(投与開始後12か月を目安)                                                           |
|                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 18か月を超える投与継続の可否を検討                                                                 |
| 確 認 事 項 ※全ての項目にチェックがない場合、自費になります                                                                                    |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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。                                        |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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                                                                                    |                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 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)                                                                                 |                                                                                                             |
| <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                                               |                                                                                                             |
| ※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275,000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<br>( 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     | 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     |                                                                                           |                 |                                                                |

### ③検査予約表

受診者様用



記入日 年 月 日

|                |                |
|----------------|----------------|
| フリガナ<br>受診者様氏名 | 連絡先 ※<br>様     |
| 検査日            | 年 月 日 受付時間 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

##### 【食事について】



・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。

##### 【薬について】



・制限はありません

##### 【女性の方へ】



・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。

##### 【その他】

- ・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。

##### 【検査について】

・お薬を注射後、90分安静にさせていただきます。その後、検査開始(撮影時間15～20分)となります。

##### 【キャンセルについて】



・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**

#### 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

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

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