アミロイド PET/CT 検査依頼書

患者氏名	
臨床診断	
検査目的	アミロイドイメージングによるアミロイドβ集積の判断
【検査のための必須事項】 ●早期アルツハイマー病治療薬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こと ※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります。 ●アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対し、治療薬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こと	
検査歴	認知機能評価　MMSE スコア　＿＿＿＿点　※ 20 点以上 臨床認知症尺度　CDR 全般スコア　＿＿＿＿　※ 0.5 または 1 ※※上記 2 検査の条件を満たすことが必須です。※※ 脳脊髄液(CSF)検査 アミロイドβ測定 □ なし　□ あり リン酸化タウ測定 □ なし　□ あり※ ※ありの場合、保険適応外となる場合があります。
臨床経過・既往歴	
検査説明	□ あり　□ なし
アルコール過敏症	□ なし　□ あり(薬剤に微量のアルコールを含みます。) ※ありの場合、検査の可否を検討してください。
感染症	□ なし　□ あり（　　）
自立歩行	□ 可能　□不可能（車椅子・歩行器・杖） ※不可能な場合は移動介助が行える介助者の同行が絶対必要となります。 ※ストレッチャーの方の検査は行えません。
介助者	□ 不要　□ 要 → 介助者の同行承諾 □ あり □ なし ※倫理的に、介助者はご家族が同行してください。 ※家族以外の施設職員等は、被曝リスクの説明後に同意を得てください。
約 30 分の安静	（仰臥位での静止） □ 可能　□ 不可能 ※不可能な場合、検査できません。
心臓ペースメーカー	□ なし　□ あり → ペースメーカー手帳をご持参ください。
閉所恐怖症	□ なし　□ あり ※目安として、MRI 検査が受けられない方は検査できません。
妊娠または授乳	□ なし　□ あり ※ありの場合、検査できません。
身長・体重	cm　Kg