

アミロイド PET 検査に関するチェックシート

下記の項目□にチェックを入れて、下線部に該当する内容を記載ください。チェックシートを FAX 紹介申込書と診療情報提供書とともに広域医療連携室までご送付ください。

1. 診断名

- 軽度認知障害 軽度認知症

2. 検査試薬のご希望の有無

- アミビッド®
 ビザミル®
 いずれでもよい

3. 認知機能低下を疑う症状の出現時期と主なエピソードを記載ください

・出現時期 _____

・エピソード _____

4. 認知機能検査

・ Mini Mental State Examination (MMSE)

検査日 _____ 年 / _____ 月 / _____ 日 点数 _____ / 30 点

・ Clinical Dementia Rating (CDR) グローバルスコア

検査日 _____ 年 / _____ 月 / _____ 日 点数 _____

5. 頭部 MRI 検査

検査日 _____ 年 / _____ 月 / _____ 日

- 頭部 MRI 所見は抗アミロイドβ抗体治療の適応を満たしています

6. 脳脊髄液検査

- アミロイドβやリン酸化タウの測定は行っていません

7. ※ドナネマブ（ケサンラ®）治療におけるアミロイド陰性化確認目的の場合

ドナネマブ（ケサンラ®）の初回投与日 _____ 年 / _____ 月 / _____ 日

医療機関名 _____

貴院確認者 _____