

## アミロイド PET 検査に関するチェックシート

下記の内容にお答えいただき、FAX 紹介申込書と診療情報提供書を合わせて医療連携室までお送りください。お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

患者さん氏名 \_\_\_\_\_

診断名

軽度認知障害       軽度認知症

簡単に認知機能低下の出現時期と具体的な内容を記載ください。

Mini Mental State Examination (MMSE)

検査日 \_\_\_\_\_ 点数 \_\_\_\_\_

Clinical Dementia Rating (CDR)

検査日 \_\_\_\_\_ 点数 \_\_\_\_\_

頭部 MRI

検査日 \_\_\_\_\_

頭部 MRI 所見はレカネマブ治療の適応を満たしています

脳脊髄液検査

アミロイド  $\beta$  やリン酸化タウの測定は行っていません

医療機関名 \_\_\_\_\_

貴院確認者 \_\_\_\_\_

大阪医科薬科大学病院  
送信先：医療連携室 FAX 072-684-6339