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β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**