

紹介先医療機関

医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院 担当医 殿

ご紹介元医療機関

年 月 日

住所
名称

TEL
FAX

診療科

医師氏名

印

アミロイドPET検査依頼書 (医師要件)

要件 1～6の項目をチェックしてください。

1. 常勤である。

2. 以下のいずれかの学会の専門医の認定を有している。

-
- 日本神経学会
 - 日本老年医学会
 - 日本精神神経学会
 - 日本脳神経外科学会

3. 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有している。

4. 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブの投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる。

5. レカネマブ製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講している。

6. 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、レカネマブの投与対象患者及び治療に関する研修を受講している。

依頼医師署名



医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院

阪和インテリジェント医療センター

堺市中区深井北町3176 TEL 072-277-1412(直通) FAX 072-277-1136