

アミロイドPET検査依頼書（診療情報提供書）

予約日時：令和 年 月 日（午後） 時 分

患者情報	フリガナ	性別
	氏名	
	様	男・女
	生年月日 T・S・H 年 月 日（才）	
	住所 〒 -	
TEL ()		
携帯 ()		

貴医療機関	医療機関名
	診療料
	担当医師 (フルネーム)
	住所 〒 -
	TEL () FAX ()

臨床診断	アルツハイマー病による <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症		
検査使用薬剤	18F-フルテメタモル(ビザミル®)	検査目的	アミロイドβ病理を示唆する所見の確認
持参CD-R・フィルム	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	持参CD-R等の返却について	<input type="checkbox"/> 返却不要 <input type="checkbox"/> 病院返却 <input type="checkbox"/> 本人返却

検査目的・臨床経過など

MMSEスコア (点)	CDR全般スコア ()
-----------------	-----------------

検査前確認事項（該当する箇所に☑をしてください）*必ずご記入ください				チェック
厚生労働省の定める“レカネマブ(遺伝子組換え)の最適使用推進ガイドライン”に準拠している施設である				<input type="checkbox"/>
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、レカネマブ製剤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				<input type="checkbox"/>
脳脊髄液(CSF)検査を行っていない				<input type="checkbox"/>
検査同意書(ホームページよりダウンロード)の取得 *記入したものをこの依頼書とともにFAX送信したうえで検査当日ご持参ください				<input type="checkbox"/>
現在状況	酸素	閉所恐怖症	移動方法	
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
感染症	体内金属	ペースメーカー	他に検査時に必要な処遇・留意点など	
<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有		

FAX番号: 082-233-7700

本書は個人情報のため、番号を再確認ください
特にゼロ発信の場合は
0-082-233-7700にて送信ください

広島平和クリニック

がんドック先端医療健診センター
高精度がん放射線治療センター

〒730-0856 広島市中区河原町1-31(平和大通り沿い・中国新聞本社前)
TEL:082-532-2211 URL http://www.h-heiwa.or.jp/