

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 男・女	貴医療機関	医療機関名
	氏名			診療料
	生年月日 T・S・H 年 月 日（才）	担当医師 (フルネーム)		
	住所 〒 -	住所 〒 -		
	TEL () 携帯 ()	TEL () FAX ()		

臨床診断	アルツハイマー病による ☐ 軽度認知障害(MCI) ☐ 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	☐ 有 ☐ 無	持参CD-R等の返却について	☐ 返却不要 ☐ 病院返却 ☐ 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
貴院は厚生労働省の定める“最適使用推進ガイドライン”に準拠している施設である			☐
本検査は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の進行抑制を有する医薬品の投与の可否を判断するためにおこなう			☐
被検者はアミロイドβ病理を確認するための脳脊髄液(CSF)検査を行っていない			☐
検査同意書(ホームページよりダウンロード)の取得・記入済みである ＊記入したものをこの依頼書ともにFAX送信したうえで検査当日ご持参ください			☐
現在状況	酸素	閉所恐怖症	移動方法
☐ 外来 ☐ 入院中	☐ 要 ☐ 不要	☐ 有 ☐ 無	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー
感染症	体内金属	ペースメーカ	検査時に必要な処遇・留意点など
☐ 有 ()	☐ 有 ()	☐ 有	

FAX番号: 082-233-7700

本書は個人情報の為、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/