アミロイド-PET/CT検査申込書（診療情報提供書兼用）

医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

PET-CT受付直通Tel、FAX兼 076-252-1438

フリガナ		患者様住所 〒
患者氏名	様 ☐ M / ☐ F	
生年月日	年 月 日 生	連絡先(自宅)
現在の所在	☐ 外来通院 / ☐ 入院中(病棟)	連絡先()
PET検査日時	年 月 日 曜日 時 分	
参考資料の提出方法： ☐ 患者持参 / ☐ 郵送		結果受取期間：
PET画像の提供媒体は DVD(DICOM) になります。		☐ 3日以内 / ☐ 4-5日以内 / ☐ 1週間以内
診療区分	☐ 保険診療 / ☐ 包括医療	既済検査： ☐ CT / ☐ MRI / ☐ RI 出来ましたら頭部MRI画像の提供をお願いします。 患者様に画像の CD-R をお渡してください。
疾患名		
臨床経過		
留意事項	アルコール過敏症： ☐ 無 ☐ 有	仰臥位での20分静止： ☐ 可能 / ☐ 不安あり
	感染症： ☐ 無 ☐ 有	体内埋込み：
	来院方法：	☐ 独歩 / ☐ 車椅子 / ☐ ストレッチャー
依頼医 チェック 項目	● レカネマブ（遺伝子組み換え）製剤に係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こと。 ※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります。	☐ 確認
	● アルツハイマー病による軽度認知障害又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こと。	☐ 確認
	● 脳脊髄液（CSF）検査を行っていないこと。	☐ 確認
検査中における緊急時の連絡先：		

ご紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

所属科

印