

患者様情報

診療情報提供書 (アミロイドPET検査依頼書)

ふりがな
氏名
生年月日 性別
年 月 日 M・F
連絡先: - -

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック
受付日時 年 月 日 時 分
紹介元医療機関
診療科
ご担当医師名

依頼内容		
<input checked="" type="checkbox"/> アミロイドPET (使用薬剤を選択してください)	<input type="checkbox"/> フルメタモール (メジフィジック社:カラー画像)	<input type="checkbox"/> フロルベタピル (PDRファーマ社:白黒画像)

検査目的

アミロイドイメージングによるアミロイド集積判定
 その他()

臨床診断

アルツハイマー病
 その他()

持参画像 (ご持参の場合のみ記入お願いします)

CT MR 脳血流シンチグラフィー MIBG心筋シンチグラフィー DAT SCAN その他()

臨床経過・投薬内容等

チェック項目 (必ず記入をお願いします)

依頼施設はレカネマブ最適使用推進ガイドラインに沿った初回導入施設である。
 レカネマブ投与の要否を判断する目的での実施であり、1回目である。
 脳脊髄液 (CSF) 検査を実施していない。

自力歩行 可・車椅子・ストレッチャー	検査日現在(見込) 外来・入院中	
HBsAg -・+・未	人工肛門 無・有	輸液 無・有
HCVAb -・+・未	気管切開 無・有	30分静止 可・不可
	妊 娠 無・有	閉所恐怖症 無・有
ペースメーカー・ドレーン・ポート・他()	処置 酸素 置 他()	<input type="checkbox"/> 一般(7:1, 10:1, 13:1, 15:1) <input type="checkbox"/> その他()

永仁会シーズクリニック 御中

上記の患者のPET検査及び診断をお願いします。

次回外来日 月 日

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

必要事項をご記入の上FAXをお願いします。