

診療情報提供書（アミロイドPET検査依頼書）

氏名	医療法人永仁会 永仁会シーズクリニック			
	予約日時 年 月 日 時 分			
生年月日	性別	紹介元医療機関		
年 月 日	M・F	診療科		
連絡先：	-	-	ご担当医師名	

依頼内容	
アミロイドPET (使用薬剤を選択してください)	<input type="checkbox"/> フロルベタピル PDRファーマ社：アミヴィッド <input type="checkbox"/> フルテメタモール メジフィジック社：ビザミル
・MMSEスコア（認知機能スコア）	レカネマブ使用予定 <input type="checkbox"/> 29点以上30点以下
	レカネマブ又はドナネマブ使用予定 <input type="checkbox"/> 22点以上28点以下
	ドナネマブ使用予定 <input type="checkbox"/> 20点以上21点以下
・CDR全般尺度（臨床認知尺度）	<input type="checkbox"/> 0.5又は1

検査目的

<input type="checkbox"/> アミロイドイメージングによるアミロイド集積判定
<input type="checkbox"/> その他 ()

臨床診断

<input type="checkbox"/> アルツハイマー病
<input type="checkbox"/> その他 ()

持参画像（ご持参の場合のみ記入をお願いします）

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ	<input type="checkbox"/> MIBG心筋シンチ	<input type="checkbox"/> DAT SCAN	<input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

臨床経過・投薬内容等

 (投薬中止後、初回投与から18ヶ月越えて再開)

--

チェック項目（記入をお願いします）

<input type="checkbox"/> (レカネマブ・ドナネマブ) 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"/> (レカネマブ・ドナネマブ) 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。
<input type="checkbox"/> ドナネマブ投与開始後12ヶ月（目安）での投与終了の可否。
<input type="checkbox"/> ドナネマブ投与開始後18ヶ月での投与終了の可否。
<input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体薬投与中止後、初回投与から18ヶ月越えて再開する。
<input type="checkbox"/> 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
HCVAAb -・+・未	輸液 無・有
	30分静止 可・不可
	入院中の場合の入院病棟
	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
	<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。

患者様情報

注意事項

ふりがな

氏名

生年月日

性別

年 月 日 M ・ F

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

予約時刻ちようどにご来院ください

■ 検査当日にお持ち頂くもの

- 健康保険証
- 各種公費医療受給者証（医療券・限度額適用認定証・減免証明書などをお持ちの方。）
当院は難病指定医療機関ではないため、**指定難病医療の受給者であっても医療費のお支払いが必要です。**
- 診療情報提供書・紹介状（主治医からお預かりしたもの）
- フィルム・CD-ROM等（主治医からお預かりしたもの）
- 服用中の薬（**痛み止め、心臓の薬など緊急時に服用するものは必ずお持ちください。**）
- お薬手帳
- ペースメーカー手帳、ペースメーカーカード
(心臓ペースメーカーをご利用の場合)

■ 検査にあたってのご注意

- 事前のご案内
検査にあたって注意点がありますので、検査前日までに当院からお電話いたします。なお、お仕事等のご都合で電話に回答できない場合は、**患者様から当院に必ずお電話ください。**
TEL:04-2903-7888 受付9:00~17:30
- 糖尿病の方へ
食事をしたら、内服、インシュリン注射をなさってください。

□ 検査の所要時間

約3時間かかります(ご来院からお帰りまで)。

□ 結果説明

当院は、主治医の先生のご依頼に基づいて検査を行います。患者様への結果説明はいたしません。画像診断結果は、撮影した画像とともに主治医の先生にご報告いたしますので、患者様は主治医の先生から結果説明をお受けください。

□ キャンセル等

体調等により、やむを得ずご受診できない場合、あるいは予定時刻に間に合わない場合は、直ちに当院までお電話ください。また、キャンセルや検査日を延期なさった場合は、その旨を患者様から主治医の先生にお伝えください。

■ 検査料金

保険種類や検査内容により異なります。

3割負担……74,000円

2割負担……18,000円

1割負担……18,000円

※診療報酬改定により、料金が変わる場合があります。

お支払いに、クレジットカード、ジェイデビットをご利用いただけます。



交通 裏面地図参照

所在地 〒359-1124 埼玉県所沢市東住吉7-5

TEL : 04-2903-7888

水曜日休診(ホームページでご確認ください。)



医療法人 永仁会

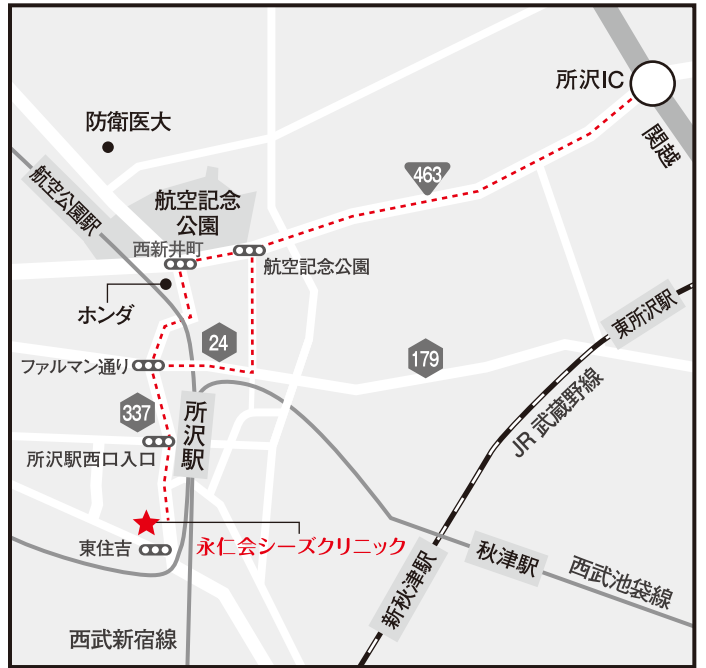
永仁会シーズクリニック

電車でお越しください。所沢駅から徒歩5分です。

当院駐車場は駐車できる台数が少ないため、ストレッチャーの方の利用を優先させていただいております。
 当院駐車場が満車の場合は周辺のコインパーキングをご自身のご負担でご利用いただくことになりますのでご了承ください。



西武池袋線・新宿線「所沢駅」南口より徒歩5分



関越自動車道 所沢インターチェンジより約7km
 カーナビは住所で設定 埼玉県所沢市東住吉 7-5

路線地図

