

アミロイド PET 検査依頼票 (診療情報提供書)

検査日： 年 月 日 () 来院時間 13:10・14:00 に来院

患者 様	フリガナ	性別	貴 医 療 機 関	医療機関名
	氏名	男・女		診療科名：
	生年月日 T・S・H 年 月 日(才)			担当医師(フルネーム)
	身長 cm	体重 Kg		住所 〒
	住所 〒			TEL FAX
	電話番号 (本人・家族) - - (必ず日中に連絡が取れる電話番号をお願いします)			

病名	アルツハイマー病による軽度認知障害 ・ 軽度認知症
検査目的	<input type="checkbox"/> レカネマブ製剤投与の要否となるアミロイドβ病理の確認のため <input type="checkbox"/> レカネマブ製剤中止後に、初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合撮像が必要と判断した医学的根拠を下記の欄に必ず記載してください (<記載欄>)
保険適応要件等確認	<input type="checkbox"/> レカネマブ製剤に係る最適使用推進ガイドラインの基準を満たしている ・ 認知機能評価 (MMSE、CDR) <input type="checkbox"/> レカネマブ製剤の投与の要否を判断する目的とした髄液検査を行っていない
既往・家族歴、臨床経過等(貴院の書式を添付頂いても結構です。)	
検査前確認事項 [感染症] なし・あり () [アレルギー] なし・あり () [合併症] なし・あり () [ペースメーカー等、埋め込みデバイス] なし・あり () [移動方法] 独歩・車イス・ストレッチャー (患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いする場合がございます。) [妊娠可能性] なし・あり ・次回受診日 月 日 (画像所見の FAX 希望 : 要 ・ 不要) ・他に検査時に必要な処置・留意点など ()	
現在の処方：	

公益財団法人操風会岡山旭東病院 画像センター受付

FAX : 086-276-5680(直通) / TEL : 086-276-5670(直通) ・ 086-276-3231(代表)