

高松赤十字病院 宛

年 月 日

FAX番号:0120-92-8182(香川県内のみ)

FAX番号:087-863-4060

アミロイドPET/CT検査 依頼書 兼 診療情報提供書(主治医記載)

医療機関住所 医療機関名称			
担当医師 診療科	科	電話番号()	—
		FAX番号()	—

フリガナ 患者氏名	性別	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
	男・女	(旧姓)		年齢		歳
フリガナ 患者住所	〒		電話番号() —			
			※必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください			

検査希望日	①	年	月	日()	14:30 (14:00)	当院受診歴
	②	年	月	日()	14:30 (14:00)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
※検査は、午後のみ。						

【臨床診断】	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)	<input type="checkbox"/> 軽度の認知症
【検査目的】	<input type="checkbox"/> 抗体薬初回投与前 / 再開前の診断	<input type="checkbox"/> 抗体薬治療効果判定(ドナネブのみ)
チェック項目 <input type="checkbox"/> 紹介元は厚生労働省の定める抗アミロイドβ抗体薬の最適使用推進ガイドラインに準拠している <input type="checkbox"/> 効能または効果として、厚生労働省の定める抗アミロイドβ抗体薬の最適使用推進ガイドラインに沿って実施されるアミロイドPET検査である <input type="checkbox"/> 頭部MRIの所見を含め、抗アミロイドβ抗体薬の投与に係る禁忌事項に該当していない <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない ※上記チェック項目に準拠していなければ、健康保険適用外となる場合があります。 <input type="checkbox"/> 移動やトイレなどに介助を要する方は、ご家族の付添い・介助について説明し同意を得ている		
【臨床経過】		
※下記の検査を施行されていまして、結果をご記入ください。 認知機能評価 MMSE スコア 【 】点(レカネブ 22点以上, ドナネブ 20~28点) 【 年 月 日】 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア【 】点(0.5または1) 【 年 月 日】		

※ DPC対象病院に入院中の場合は保険適用がありません。

提供される画像情報 CD/DVD等の画像メディア 無 有 その他()
 有りの場合の検査種別 PET CT MRI RI US XP その他()

【患者情報】	
PET検査歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 頃)	<input type="checkbox"/> 高松赤十字病院 <input type="checkbox"/> 他院()
身長 (cm)	体重 (kg) 妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠中
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	30分間の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
付属物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行(介助不要) <input type="checkbox"/> 車椅子(介助不要) <input type="checkbox"/> 要介助	1人で更衣 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
ペースメーカー・除細動器の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳を持参下さい)	(型番:)

お問い合わせ先:高松赤十字病院

(検査内容に関すること) 核医学(RI)検査室:087-831-7101(内線2000)

(予約に関すること) 地域医療室:087-831-8131(直通)