

アミロイドPET-CT依頼書(診療情報提供書)

紹介元 医療機関		担当医師	科	医師
所在地		連絡先	TEL:()	—
			FAX:()	—

当院受診歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診	当院 ID	
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男	西暦・大正・昭和・平成
		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日
住所	〒 —		
連絡先 (連絡可能な番号)	優先順位① 自宅・携帯・勤務先 () —	優先順位② 自宅・携帯・勤務先 () —	
PET検査歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(前回 : 年 月)	

検査依頼情報

希望日時	① 年 月 日 曜日	来院していただく時間は【14:00】のみになります。 (注射時間14:30 撮影時間16:00 から20分間撮影)
	② 年 月 日 曜日	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療	
保険適用条件	※以下のすべてに該当していること (☑必須) <input type="checkbox"/> レカネマブ(遺伝子組換え)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 <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)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目的であること <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと	
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の判定	
臨床経過 既往歴 MMSEスコア CDR全般スコア 等		

患者情報

身体情報	身長 cm 体重 kg	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()		
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()		
アルコール 過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	30分程の静止 (仰向け)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有