

βアミロイドPET/CT検査依頼書 兼 診療情報提供書

FAX 089-960-5959

年 月 日

愛媛大学医学部附属病院
放射線科

担当医 先生御侍史

紹介医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師氏名

科 ()
(連絡担当者)

受診希望日時	※検査は 水曜日の午後のみ になります
第一希望	年 月 日 (水)
第二希望	年 月 日 (水)
第三希望	年 月 日 (水)
付添者氏名(続柄)	
付添者携帯番号	
愛媛大学医学部附属病院での受診歴 (無・不詳・有 =ID :)	

ふりがな			男・女
患者氏名	(旧姓)		
生年月日	明・大 昭・平・令	年 月 日 (生 歳)	
現住所	〒		
電話番号			(方)

臨床診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 軽度認知症		
紹介目的	βアミロイドPET/CT検査		
既往歴			
症状経過 治療経過	MMSEスコア()点 (22点以上) CDRスコア() (0.5または1) ※必ずご記入ください		
(保険適用となる要件を満たす検査結果および画像診断所見)	<input type="checkbox"/> 医療放射線被ばくに関する説明と同意 (有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>) ※βアミロイドPET/CT検査時は説明と同意が必須		
確認事項 (該当する項目に☑をしてください) ※必ずご記入ください	<input type="checkbox"/> 貴院は厚生労働省の定める『レカナマブまたはドナネマブ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。 (初回導入施設・継続投与施設) <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)または軽度認知症患者に対し、頭部におけるβアミロイドPET/CT検査で治療薬の投与を判断する目的である。 <input type="checkbox"/> 治療薬(ドナネマブ製剤)の治療効果判定を評価する目的である。(投与開始後12カ月を目安) 患者情報 身長 (cm) 体重 (kg) 日常動作について <input type="checkbox"/> 付き添い者が必ず同伴。 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 (右から選択⇒車椅子・ストレッチャー・難聴・補聴器・杖歩行・その他()) 要介助の方 : <input type="checkbox"/> 付き添いの介助でトイレ可能 <input type="checkbox"/> オムツ着用(替え持参して下さい) 閉所恐怖症ではないですか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(当院では原則受け付けておりません) 現在妊娠中あるいは、妊娠の可能性はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(当院では原則受け付けておりません) <input type="checkbox"/> 検査結果は後日発送で良い。 <input type="checkbox"/> CTやMRIの画像があればCDIにしてご持参いただける。		
処方			
提供資料	<input type="checkbox"/> 頭部CT・MRI画像 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他		

被保険者氏名	本人・家族	保険者番号					
記号・番号		負担割合	1割・2割・3割				
公費負担者番号	公費負担者番号	入院中(□DPC)					
受給者番号	受給者番号	外来通院中					
保険適用外	妊娠・交通事故・労災・生活保護・その他()						

◎FAXは、平日8:30~16:00までに送信してください。
 ただし、受診前日(土・日・祝日を除く)の場合は、14:00までをお願いします。
 ◎保険情報は、患者保険情報がわかる書類を本票とともに送信していただくこともかまいません。
 ◎この診療情報提供書に記載されている個人情報、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。
 ◎検査依頼書確認後に当院からFAXする検査同意書を、記名の上、必ず当日持参するようにしてください。