**アミロイド-PET/CT検査・画像診断依頼書（診療情報提供書）**

|  |  |
| --- | --- |
| 埼玉医科大学国際医療センター核医学科 外来担当医 宛 | 埼玉医科大学国際医療センターID |
| **予約日時 　 年 月 日（ ）**  **午前・午後 時 分** | |

紹介元医療機関情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関名** | **診療科** | **担当医師**（フルネーム／ふりがな） |
| **連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線番号　　　　　　）　　FAX** | | |

患者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | | **住所**　〒 |
| **氏名** | |
| **生年月日**　　　　　　年 月 日 | 男 ・ 女 | **連絡先電話番号**　　 （ 本人 ・ 家族 ） |
| **現在の状況**　□外来通院中　□入院中（退院予定 月 日） **貴院ID**： | | |

疾患情報・臨床経過

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **診断名**□軽度認知障害　 □アルツハイマー型認知症 　□その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| **検査目的**　認知症（ □疾患修飾薬の適応判断　　□疾患修飾薬の治療効果判定 ）　　□ その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 上記目的が治療効果判定の場合、次に◯をして下さい【治療前のPET検査の使用薬剤名： ビザミル ・ アミヴィッド　 】 （アミロイドPETの使用薬剤名は当院でPET検査された場合、レポートの１行目に記載しております） | | |
| **保険適応**　□保険適応あり　　□保険適応外（自費で行う） | | |
| **自施設以外で疾患修飾薬治療を行う場合**　治療施設名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **臨床経過**（主訴、治療経過、各種の画像・検査所見、既往歴、内服薬など、検査の実施や読影に必要な情報を詳細に記載ください\*）  \*経過等は別途貴院様式の紹介状に記載の上、添付いただいても構いません  感染症：□なし　□あり（HBV ・ HCV ・ HIV ・ 結核 ・ MRSA ・ その他　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 妊娠可能性　□なし　□あり | 自力歩行　□可　□車椅子　□ストレッチャー（付添要） | 臥位の保持・30分静止　□可　□不可 |
| 人工物　□なし　□あり（ストマ ・ ドレーン ・ポート ・ ペースメーカー ・ その他　　　　 　　　　　　　　） | | |

埼玉医科大学国際医療センター PET検査受付　　 〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1

電話 042-984-4134　FAX 042-984-4450

受付時間　月〜金 9:00〜17:00、土 9:00〜13:00 (日祝休)