

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	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中（退院予定 月 日） 貴院ID：

疾患情報・臨床経過

診断名	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的	認知症 (<input type="checkbox"/> 疾患修飾薬の適応判断 <input type="checkbox"/> 疾患修飾薬の治療効果判定) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 保険適応あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (HBV ・ HCV ・ HIV ・ 結核 ・ MRSA ・ その他)
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 自力歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー (付添要) 臥位の保持・30分静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
人工物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ストマ ・ ドレーン ・ ポート ・ ベースメーカー ・ 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)