

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)