

アミロイド PET依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

ご紹介先

【公立八鹿病院】

放射線科 担当医

ご紹介元

【施設名： 科 先生

TEL : FAX :

患者情報

フリガナ		性別	生年月日
氏 名		☐ 男	☐ 大 ☐ 平
		☐ 女	☐ 昭 ☐ 令 年 月 日（ 歳）
住 所 〒		連絡先 TEL : 携帯 :	
アミロイド PET歴 ☐ 初回 ☐ 2・3回目			
検査目的 ☐ アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度認知症が疑われる患者に対し、アルツハイマー病治療薬の投与の要否を判断する			
保険適用 ☐ 紹介元医療機関が厚生労働省の定めるアルツハイマー病治療薬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 ☐ 患者等のアルツハイマー病治療薬による治療意思が確認され、同剤禁忌に該当しない ☐ 1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を実施している ※画像(CDR)の持参をお願いします ☐ 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない ☐ 認知症検査が施行されている MMSEスコア 【 点】 CDRスコア 【 】			
臨床経過 ※画像所見含め詳しくご記入ください			

検査前確認事項

ICD	☐ 無 ☐ 有	※手帳のコピーを依頼書と共にFAXしてください
感染症	☐ 無 ☐ 有	()

希望日時 ※日時が決定している場合は、第一希望へご記入ください

第一希望	月 日	曜日	時 分
第二希望	月 日	曜日	時 分

〒667-8555 兵庫県養父市八鹿町八鹿1878番地1 公立八鹿病院
TEL 079-662-5555（代表） FAX 079-662-3143（直通）