

# 診療情報提供書（アミロイドPET-CT検査依頼書）

※この用紙を予め当院へFAX送信後、原本は当日患者様をご持参ください。

|                                                                              |  |      |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------------------------------------------------------|
| 検査予約日時：                      年              月              日（              ） |  |      |                                                       |
| 医療機関名                                                                        |  |      |                                                       |
| 診療科                                                                          |  | 担当医師 |                                                       |
| TEL                                                                          |  | FAX  |                                                       |
| フリガナ                                                                         |  | 患者ID |                                                       |
| 患者氏名                                                                         |  | 生年月日 |                                                       |
| 住所                                                                           |  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|                                                                              |  | 身長   | cm                                                    |
| 電話番号（携帯電話）                                                                   |  | 体重   | kg                                                    |

|      |                                                                 |          |  |
|------|-----------------------------------------------------------------|----------|--|
| 臨床診断 | 既往歴・症状経過等次項についての記載をお願いいたします。<br>・MMSEスコア,CDR全般スコアの評価及び頭部MRI検査所見 | MMSEスコア  |  |
|      |                                                                 | CDR全般スコア |  |
|      |                                                                 | MRI所見    |  |
|      |                                                                 |          |  |
| 検査目的 | アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定                                        |          |  |

【保険適応条件】              （\*必ずチェックをお願いします）

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抗アミロイドβ抗体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こと                               |
| <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、<br>抗アミロイドβ抗体薬の投与の要否を判断する目的であること |

【確認事項】

|                |                                                                                                                      |                                                                                    |                                                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 30分静止          | <input type="checkbox"/> 可    ・ <input type="checkbox"/> 不可（検査不可）                                                    | 現在状況                                                                               | <input type="checkbox"/> 外来    ・ <input type="checkbox"/> 入院                       |
| アルコール過敏症やアレルギー |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 無    ・ <input type="checkbox"/> 有（                      ） |                                                                                    |
| 移動方法           | <input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー                          | 体内金属                                                                               | <input type="checkbox"/> 無    ・ <input type="checkbox"/> 有（                      ） |
| 感染症            | <input type="checkbox"/> 無    ・ <input type="checkbox"/> 有（                      ）                                   | 閉所恐怖症                                                                              | <input type="checkbox"/> 無    ・ <input type="checkbox"/> 有                         |
| シャント           | <input type="checkbox"/> 無    ・ <input type="checkbox"/> 有→（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左） | 妊娠                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無    ・ <input type="checkbox"/> 有                         |

医療法人徳洲会    東京西徳洲会病院  
〒196-0003    東京都昭島市松原町3-1-1

FAX：042-808-3430  
TEL：042-546-2482