

診療情報提供書(アミロイドPET-CT検査依頼用)

患者持参用(貴院⇒滝宮)

年 月 日

検査予約時間： 年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分

貴医療機関名	診療科	担当医師(フルネーム)		
住所 〒				
TEL ()		FAX ()		
紹介患者様氏名	生年月日	性別	身長	体重
(フリガナ)	年 月 日 (歳)		cm	kg
住所 〒				
TEL ()		緊急連絡先		

保険診療確認事項(保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

臨床診断	
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
臨床経過・既往歴	
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他 () ※検査画像データを持参ください
必須確認項目	<input type="checkbox"/> レカナマブ(遺伝子組み換え)製剤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 *上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対して、 レカナマブ製剤の投与可否を判断する目的でアミロイド β 病理を示唆する所見を確認する目的であること <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと

検査の正当性について説明し同意を得ています

患者状態確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(立位:可・不可) <input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
30分の静止	<input type="checkbox"/> 不可(不可:検査できません) <input type="checkbox"/> 可
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

香川県厚生農業協同組合連合会 滝宮総合病院 PET画像診断センター 電話 087-876-1276(直通) FAX 087-876-1069

2024.02.06 滝宮総合病院

診療情報提供書(アミロイドPET-CT検査依頼用)

(貴院控用)

年 月 日

検査予約時間： 年 月 日 (曜日) (午前・午後) 時 分

貴医療機関名	診療科	担当医師(フルネーム)		
住所 〒				
TEL ()		FAX ()		
紹介患者様氏名	生年月日	性別	身長	体重
(フリガナ)	年 月 日 (歳)		cm	kg
住所 〒				
TEL ()		緊急連絡先		

保険診療確認事項(保険適応の可否を判断しますので、必ずご記入ください)

臨床診断	
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
臨床経過・既往歴	
施行済画像検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 他 () ※検査画像データを持参ください
必須確認項目	<input type="checkbox"/> レカナマブ(遺伝子組み換え)製剤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 * 上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります <input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対して、 レカナマブ製剤の投与可否を判断する目的でアミロイド β 病理を示唆する所見を確認する目的であること <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていないこと

 検査の正当性について説明し同意を得ています

患者状態確認事項

現在状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子(立位:可・不可) <input type="checkbox"/> ストレッチャー
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
30分の静止	<input type="checkbox"/> 不可(不可:検査できません) <input type="checkbox"/> 可
アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

香川県厚生農業協同組合連合会 滝宮総合病院 PET画像診断センター 電話 087-876-1276(直通) FAX 087-876-1069

2024.02.06 滝宮総合病院