

診療情報提供書(アミロイドPET検査依頼書)

年 月 日

医療法人財団康生会武田病院画像診断センター 担当医 宛

紹介元医療機関名

電話番号

— —

診療科・医師名

㊞

予約日時	年	月	日	曜日	時	分
------	---	---	---	----	---	---

患者様情報(必須)

ふりがな						性別
氏名	様					男 女
生年月日	年	月	日	歳		
住所	〒 —					
電話番号	(連絡の取れるところ・携帯) — —					
確認事項	搬送区分	独歩	車椅子	ストレッチャー		
	糖尿病	有	無			
	感染症	有	無	→有の場合 感染症の種類 ( )		
	妊娠	有	無	→最終月経 ( 月 日頃)		
	閉所恐怖症	有	無			
	体内金属					

依頼医師チェック項目(必須)  にチェックをお願いします。

紹介元医療機関が厚生労働省の定める認知症治療薬の最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である  
1.5T以上のMRIで頭部MRI検査を実施している。  
認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲が以下の(a)及び(b)の両方を満たしている。  
【 】にスコア及び施行日をご記入ください。  
(a)認知機能評価 MMSE スコア【 点】 【 年 月 日】  
(b)臨床認知症尺度 CDR全般 スコア【 】 【 年 月 日】  
脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。

臨床診断						
検査目的	効能又は効果として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の進行抑制を有する医薬品の投与の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					
持参画像	CT	MRI	RI	その他( )		
臨床経過・既往歴						

次回診察日 年 月 日