

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
診療科・医師名

電話番号() -



予約日時 年 月 日 (曜日) 時 分

患者様情報

ふりがな			
氏名	様	性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所 (〒 -)			
電話番号(連絡の取れる所・携帯):	-	-	
確認事項 (必須)			
糖尿病	有・無	感染症	有・無
妊娠	有・無	→有の場合 感染症の種類()	
→最終月経(月 日頃)		搬送区分	独歩・車椅子・ストレッチャー
閉所恐怖症	有・無	体内金属	()
体重	kg		
【依頼医チェック項目】(必須)			チェック
● 依頼医は認知症やアルツハイマー病に関する十分な知識と経験をもつ専門医師であること			()
● 認知症の臨床症状が非定型的であり適切な治療の為に確定診断を要する症例であること			()
● 頭部において事前検査(CTやMRIやRI)を受けていること			()
● 上記の事前検査により65歳未満の非定型的発症で脳血管性認知症を否定できていること			()
● 患者様に検査内容及び結果説明についてインフォームド・コンセントを行っていること			()
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		
持参フィルム	CT ・ MRI ・ RI ・ その他()		
臨床経過・既往歴			
	次回診察日		
	月	日	