

診療情報提供書 兼 申込書 (アミロイド脳PET検査用)

紹介先



日本赤十字社医療センター
Japanese Red Cross Medical Center

記入日： 年 月 日

紹介元医療機関名	
医師名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	

フリガナ		男・女	生年月日	身長	cm
氏名			年 月 日	体重	kg
住所	〒		電話		
			緊急連絡先		

当センターの受診歴	当センター診察券番号	※分かる場合のみご記載ください。
あり ・ なし		

検査目的	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害（MCI）または軽度の認知症が疑われ、抗アミロイドβ抗体薬の必要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こと。
臨床経過・既往症など	（できるだけ詳細に記入してください。）
検査製剤について	当センターのアミロイドPETは、通常ビザミル（メジフィジックス社）を使用しています。他製剤使用を強くご希望される場合は、その旨を標記いただき、お電話時に必ずお伝えください。但し、ご希望に沿えない場合もありますことをご容赦ください。
○ 抗アミロイドβ抗体薬に対する最適使用推進ガイドラインの確認事項 （保険適用で検査を受けるには下記の全てに✓があることが必須です）	
<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"/> MRI検査を施行し、抗アミロイドβ抗体薬の投与基準を満たしている。MMSE _____ 点 CDR _____ 点 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液（CSF）検査を行っていない。	

患者情報			
診療状況	<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院中	特殊項目	<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> その他（ ）
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒
30分の静止、1時間の安静		<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 ※静止、安静ができない方は検査できません。	
移動方法	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 （介助の必要性 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ） <input type="checkbox"/> 車いす （介助の必要性 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ）	妊娠（女性の方）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
【ご注意】ご家族の付添について	PET検査室の医療者の被ばく管理上、理解度（認知症など）が十分でない方や、移動、排泄などに介助を要する方は、検査中のご家族の付添、介助をお願いいたします。PET検査の依頼にあたっては、家族の付添が必要な状態かどうか確認を必ずお願いいたします。 要チェック <input type="checkbox"/> 患者と家族に説明し、必要と判断した場合には付添を依頼した。		
予約確定日時	年 月 日 曜日 … 時 分		

《連絡先》 日本赤十字社医療センター TEL 03-3400-0471（医療連携課直通） 03-3400-1311（代表） FAX 03-3400-0193

記入内容について、こちらからお問い合わせをすることがあります。ご協力お願いいたします。