


診療情報提供書(アミロイドPET検査用)

紹介先  社会医療法人 共愛会
戸畑共立病院

〒804-0093
北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号

TEL 0120-008-914 FAX 0120-008-915

予約日時: 令和 年 月 日 14 : 00

注意事項

- 予約変更の締切: 検査前日の正午までにご連絡ください(中止含む)
休日はカウントしません。(例: 月曜日検査の場合は金曜日正午まで)
- 下記の場合検査が出来ないこともあります。(可能な場合もありますのでご相談下さい。)
・日常動作が不良(自力で歩行、移動が不可能な方)

【紹介患者情報】

※太枠内は必ずご記入をお願いします。

フリガナ 患者氏名 生年月日 (<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令) 年 月 日 生	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (才)	〒 - 住所 電話() - 緊急連絡先() -
身長()cm 体重()kg	来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
保険者番号	公費負担者番号	
記号・番号	公費負担受給者番号	
被保険者名	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
ペースメーカー・ICD (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	共立病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

検査目的	<input type="checkbox"/> アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定
確認項目	※すべて満たしていない場合は検査を行うことができません <input type="checkbox"/> レカネマブ(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 <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に対し、レカネマブ製剤の投与の要否を判断する 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
	<input type="checkbox"/> 認知機能(MMSE)スコア測定 【 点 】
	<input type="checkbox"/> 臨床認知症尺度測定(CDR) 【 0 ・ 0.5 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 評価困難 】
画像読影所見	<input type="checkbox"/> MRI 検査日(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() 検査日(年 月 日)

病歴・臨床所見(出来るだけ詳細に記載してください。)

紹介元医療機関(名称、所在地、TEL) 年 月 日

名称: _____ 診療科: _____

住所: _____ 担当医(フルネーム): _____

TEL: () - _____

※情報提供書を確認させて頂き、保険診療が難しい場合はお断りさせていただく事がございますので予めご了承ください

FAX送信先 : 戸畑共立病院 地域連携室 (FAX:0120-008-915)