

診療情報提供書(アミロイドPET検査依頼書)

年 月 日

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 核医学・PETセンター 担当医宛

紹介元医療機関			
医療機関名			
科名・医師名		電話	
担当者		FAX	

予約日時	年 月 日 (曜) 時 分
------	-----------------

患者情報(必須)			
ふりがな		性別	□男 □女
氏名	様	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 感染症種類()	
	・妊娠	□ 有 □ 無 →最終月経(月 日 頃)	
	・閉所恐怖症	□ 有 □ 無	
	・持続血糖測定器、インスリンポンプなど		

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【 点】 【 年 月 日】

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を抑制を有する医薬品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
臨床診断	<input type="checkbox"/> CT □ MRI □ SPECT □ その他()
臨床経過・既往歴	

(次回患者様 診察予定日 月 日)