

アミロイドPET/CT 検査紹介状（診療情報提供書）

※ この用紙を当院へFAX 送信後、原本は当日患者様でご持参ください。

国立健康危機管理機構
国立国府台医療センター 地域医療連携室
FAX 047-375-4746
TEL 047-375-4744

貴医療機関
診療科
住所
電話番号
担当医
(フルネーム)
自筆の場合は不要

検査予約日時： 年 月 日（曜日） 時 分

（事前の準備がありますので検査当日は時間厳守で「地域医療連携室窓口」にお越しください。）

フリガナ		性別		大正・昭和
患者名前		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
			西暦	(歳)
		身長	cm	体重 kg
患者住所	〒			
	電話：	携帯：	緊急連絡先：	
電話連絡が可能な方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外でも可()	国籍		

病名	早期アルツハイマー病（軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる）
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
撮影希望薬	<input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> Flutemetamol (ピザミル®) <input type="checkbox"/> Florbetapir (アミヴィッド®)

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過等

別添のとおり

検査前確認事項

MRI (FLAIR, T2* WI含む)	年 月 日実施
MMSEスコア	点 (年 月 日実施)
CDR全般スコア	点 (年 月 日実施)
付属物	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸液(末梢・CV) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 各種ドレーン <input type="checkbox"/> その他
20分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
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

依頼医チェック項目（必須）

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ●ドナネマブ、レカネマブ最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である | 確認チェック () |
| ●脳脊髄液 (CSF) 検査を行っていない | () |
| ●アミロイドPET検査の同意を取得済 | () |

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族のご同伴をお願いすることがあります。

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。

2. 可能な限り頭部MRIデータを添付してください。