

アミロイドPET/CT検査依頼票(診療情報提供書[様式1])

FAX送付先: 0476-99-1991
千葉北総病院医療連携支援センター

お問い合わせ **TEL: 0476-99-0158**
千葉北総病院PET検査室

依頼元	貴院名		⇒ 変更なければ記載不要	TEL	
	診療科			FAX	
	依頼医師			住所	

患者情報	フリガナ		生年月日 年 月 日		
	氏名		男	女	
	住所	〒			
	TEL		携帯		

付添者情報	フリガナ		関係	
	氏名		携帯	

診断名		検査目的	
-----	--	------	--

臨床経過・既往など	診断の経緯・症状および経過・既往歴を明記してください。自由様式の別紙(コピー用紙など)でも構いません。
-----------	---

ADL: 自力歩行 杖歩行 車いす ストレッチャー	30分の静止: 可 不可
閉所恐怖症: 無 有 難聴: 無 有	酸素: 無 有

治療薬の投与要件の確認	※ 当てはまる項目にチェックを入れてください
レケンビ®(レカネマブ)投与における患者および施設の要件を満たしている	
ケサンラ®(ドナネマブ)投与における患者および施設の要件を満たしている	

検査予約日時 ※検査は午後のみ ※土日祝を除く ※入院中は不可	年 月 日 () 時 分
貴院での次回外来日(結果説明):	月 日 () 結果のFAX: 要 不要