

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	当院受診歴	有 無
	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。
-----------	---

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

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である

レカネマブあるいはドナネマブ投与の要否を判断する目的である

脳脊髄液(CSF)検査を行っていない

レカネマブあるいは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

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

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