

診療情報提供書

年 月 日

医療法人社団高邦会 高木病院

PET-CT センター 宛

〒831-0016

福岡県大川市大字酒見 141 番 11 号

Tel 0944 (87) 0043

Fax 0944 (87) 0038

医療機関名

医師氏名

住 所

電話番号

FAX 番号

保険診療確認事項（保険適用の可否を判断しますので、必ずご記入下さい）

※太枠内のみご記入ください

検査希望日	第1希望日 令和 年 月 日	第2希望日 令和 年 月 日	検査予定日	令和 年 月 日 時 分
患者	フリガナ	生年月日		明 大 年 月 日
	氏名	様 男・女		昭 平 () 歳
	住所	TEL		
	今までに当院を受診したことが： <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません			
臨床診断				
検査目的	頭部アミロイドイメージングによるアミロイド集積の判定			
臨床経過等	※軽度認知障害及び軽度認知症の判断のために下欄に MMSE の点数の記入をお願いします。			
保険適用要件	※保険診療の場合は、必ず下記要件をご確認いただき、すべての項目にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」を有する医薬品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及び軽度の認知症が疑われる患者に対し、上記医薬品の投与の要否を判断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。			
添付資料	<input type="checkbox"/> MRI	※要参照画像持参（可能ならCD-Rで）		MMSE 点

その他確認事項

患者情報	身長：() cm 体重：() kg 体内金属：無・有（有の場合：） 妊娠の可能性：無・有（有の場合、PET検査はできません） 移動方法：独歩・車椅子・ストレッチャー（歩行不可の場合：要付き添い） 20分の静止：可・不可（仰臥位のみ） 閉所恐怖症：無・有（当センターでは内服薬を処方できません） アルコール過敏症：無・有（薬剤に少量のエタノールが含まれています）
その他留意点	