

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	検査 予定日	令和 年 月 日 時 分
	第2希望日 令和 年 月 日		
患者	フリガナ	生 年 月 日	明 大 年 月 日 昭 平 () 歳
	氏名	様 男・女	
	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 / CDR 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。【使用（予定）薬剤を経過にご記入ください。】		
添付資料	<input type="checkbox"/> MRI 検査日（ 年 月 日 ） ※要参照画像持参（可能ならCD-Rで）		
MMSE スコア（22点以上）	点	CDR 全般スコア（0.5 もしくは 1）	

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	