

# アミロイドPET-CT 検査依頼書（診療情報提供書）

年 月 日

医療法人 医誠会  
 医誠会国際総合病院 核医学診断センター  
 担当先生御侍史

病院名  
 住 所  
 診 療 科  
 医 師 名

検査予約日時      令和    年    月    日      14:50枠

フリガナ			明・大・昭・平    年    月    日
患者氏名		男・女	連絡先電話番号      -      -
臨床診断			
検査目的	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害または軽度の認知症が疑われる患者に対し、レカネマブ製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため		
チェック項目	<input type="checkbox"/> レカネマブ(遺伝子組み換え)製剤に係る推進最適使用ガイドラインに準拠している <input type="checkbox"/> 1.5T以上のMRI装置がある ※チェック項目に当てはまらない場合でも検査を承れますので、当院までご相談ください		
備考	歩行    : 可・不可 介助    : 要・不要 閉所恐怖症 : なし・あり 感染症    : なし・あり      (HBV(+) 妊娠      : なし・あり      HCV(+) ) 歩行不可または介助要の方は、尿道バルーン留置が必要です 妊娠の可能性のある方も検査を受けることができません		
その他			

1. 検査予約日時の変更・取り消しは、検査前日(前日が祝日の場合は前々日)の正午まで、土日祝を挟む場合は前週の金曜日(祝日の場合は木曜日)までに、核医学診断センターまでご連絡ください
2. この検査依頼書に記載されている個人情報は、脳アミロイド PET-CT検査目的以外に利用いたしません。

医療法人医誠会    医誠会国際総合病院 核医学診断センター      〒530-0052 大阪市北区南扇町4-14

**【 受付時間 月～金 8:30 - 17:00 】 TEL 0570-099166 FAX 06-4301-5645**