

アミロイド PET 検査依頼書（診療情報提供書）

ドナネマブ2回目、3回目用

医療機関名	電話番号： — —		
診療科		担当医師名	
ふりがな		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日（ 歳）
患者住所	〒 -		
診断名			
外来・入院	<input type="checkbox"/> 外来：患者の連絡先電話番号： — — <input type="checkbox"/> 入院 本人以外の連絡先 お名前（ ） 患者とのご関係（ ） 電話番号： — —		
<p>ご確認の上チェックをお願いします。また必要事項の記載もお願いします。</p> <input type="checkbox"/> 当施設は当該患者のドナネマブ製剤初回投与施設である <input type="checkbox"/> ドナネマブ製剤投与後2回目あるいは3回目のアミロイドPET検査である <input type="checkbox"/> 2回目 初回投与から（ ）か月 <input type="checkbox"/> 3回目 初回投与から（ ）か月 <input type="checkbox"/> 初回投与時、アミロイドPET検査あるいは脳脊髄液検査を実施している <input type="checkbox"/> 蒲生医療センターでアミロイドPET検査を行った <input type="checkbox"/> 蒲生医療センター以外の施設でアミロイドPET検査を行った <input type="checkbox"/> アミロイドPET検査は実施していない <input type="checkbox"/> 直近の頭部MRI画像を持参させてください <input type="checkbox"/> 直近の認知症検査の結果をご記入ください 認知機能評価 MMSEスコア【 点】 臨床認知症尺度 CDR全般スコア【 】 上記のすべてにチェックを入れ必要事項をご記入いただけませんと検査をお受けできません			
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす（介助不要） <input type="checkbox"/> 車いす（要介助） ・ストレッチャーの患者の検査はお受けしていません		

当院では検査を受けられる患者の送迎をいたします。送迎希望の有無をお知らせください。

- 送迎必要（患者連絡先へ直接お電話させていただきます）
 送迎不要

記載後、FAXでお送りください。原本は検査当日持参させてください。

東近江市蒲生医療センター 放射線科 TEL：0748-55-1177

FAX：0748-55-8076