

アミロイドPET検査依頼書（診療情報提供書）

検査予約日時： 20 年 月 日（ ） 午前 午後 時 分

紹介元医療機関名： 診療科： 依頼医師氏名： 印	所在地： 電話番号： 内線
--------------------------------	------------------

フリガナ 患者氏名：	ID： 生年月日： 年 月 日（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所：		
連絡先（前日に確認電話をさせていただきますので連絡のとれる電話番号）：		

臨床経過・既往歴

<input type="checkbox"/> 治療薬の最適使用推進ガイドラインの投与対象となる患者である。 <input type="checkbox"/> 依頼医は治療薬の最適使用推進ガイドラインに従った治療が可能である。 <input type="checkbox"/> 患者は過去に保険で脳アミロイドPET検査を受けたことがない。 もしくは治療を中断中で、初回投与から18ヶ月を超えかつ再投与を予定している。 <input type="checkbox"/> 患者はアミロイド β 42/40比（髄液）検査を受けていない。
--

※上記の全てに☑がない方は、自費診療となりますのでご了承下さい。

<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中（DPC適用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）
感染症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
閉所恐怖症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖・シルバーカー歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド
付き添い： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

◆検査予約は、厚生連高岡病院 呉西PETセンターへ電話で予約して下さい。 厚生連高岡病院 呉西PETセンター（TEL）0766-21-3930 ⇒ 内線4415（9:00～16:00） （キャンセルは前日午後2時まで）
◆診療情報提供書、カルテ参照同意書（該当機関のみ）をFAXお願いします。 厚生連高岡病院 地域医療連携室（FAX）0766-24-9518（直通）
◆検査当日、患者さんに持参していただくもの 診療情報提供書、カルテ参照同意書（該当機関のみ）、画像データ・レポート、同意書、問診票

- ・仰臥位で20分安静臥床を保てる方が対象となります。
- ・被ばく防止のため、検査後当日中の外来の診察や他検査は避けて下さい。
- ・問診、移動、排泄に介助が必要な方は、必ず家族の付き添いをお願いします。

厚生連高岡病院 呉西PETセンター