

アミロイドPET/CT検査 検査申込書 兼 診療情報提供書 (ドナネマブ投与開始後12か月時用)

〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1

社会医療法人 熊谷総合病院

放射線科 担当医 殿

(ご依頼元)

住 所

医 療 機 関 名

電 話 番 号

F A X 番 号

診 療 科

医 師 氏 名

検査第1希望日	年	月	日
検査第2希望日	年	月	日

下記の患者様を紹介します。

フリガナ		生年 月日	西暦 年 月 日	性別	男 ・ 女
患者氏名					
患者住所	〒			※日中ご連絡のとれる番号をご記載ください	
		連絡先			

検査依頼	☐ アミロイドPET/CT
検査目的	☐ ドナネマブ投与開始後12か月時のAβ プラーク除去の評価 【初回投与日： 年 月 日】
臨床診断	
臨床経過 ・ 既往歴 など	☐ 別紙 紹介状添付でも可
添付データ	直近の頭部MRI画像

確認事項 【□には☑を】	【身長】		cm	【体重】		kg	
	☐	紹介元医療機関は「最適使用推進ガイドライン ドナネマブ（遺伝子組み換え）」 の要件を満たしている。					
	【妊娠可能性】		☐ 無	☐ 有			
	【次回受診予定日】 年 月 日						
参考までにご記入ください。	治療前	MMSE	【	点】(	年	月	日)
		CDR	【	】(	年	月	日)
	6か月	MMSE	【	点】(	年	月	日)
		CDR	【	】(	年	月	日)
	12か月	MMSE	【	点】(	年	月	日)
		CDR	【	】(	年	月	日)

検査に必要な 処置・留意点	
------------------	--

TEL(地域医療連携室直通) 048-525-6779 または 代表電話 048-521-0065
FAX 048-525-6769 熊谷総合病院 地域医療連携室宛