

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18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	<input type="checkbox"/> アミロイドPET/CT
検査目的	<input type="checkbox"/> 18ヶ月を超えてドナネマブの投与継続を検討する際のAβプラークの評価 【初回投与日： 年 月 日】
臨床診断	
臨床経過・既往歴など	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/>	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】	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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)
	18か月	MMSE	【	点】(	年	月	日)
		CDR	【	】(	年	月	日)

検査に必要な処置・留意点	
--------------	--