診 療 情 報 提 供 書（アミロイドPET用）

記載日　　年　　月　　日

紹介先医療機関名
福岡和白PET画像診断クリニック

担当医　　殿

紹介元医療機関の所在地および名称
〒　　－

TEL:　　FAX:

検査日時　　年　　月　　日　　時　　分	診療科　　科　医師氏名

フリガナ
患者氏名　　性別　男・女　身長　　cm　体重　　kg
〒
患者住所
電話番号　　携帯番号
家族連絡先　　氏名　　続柄
生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）　　職業

病名　　アルツハイマー病疑い

検査目的　　レカネマブ製剤投与の要否判断目的

確認事項　（　）レカネマブ製剤投与の要否判断目的の検査である（＊それ以外の目的では行いません）

（　）保険診療にて髄液検査　アミロイドβ42/40比　を行っていない

臨床経過

前回CT検査日　（　　年　　月　　日）
前回MRI検査日　（　　年　　月　　日）

次回の受診予定　　月　　日

現在状況	外来・入院中	閉所恐怖症	有・無
送迎希望	有・無	20分静止	可能・不可 ※鎮痛薬やデパスなどが必要な際は持参させてください
移動方法	歩行・車椅子・ストレッチャー		
アレルギー	有（　　）・無	妊娠可能性	有・無
アルコールアレルギー	有・無		
その他留意点 必要な処置等			

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2. 頭部CTやMRI、シンチの検査報告書を添付して下さい。
※受診時に極力、MRI画像のDICOMデータを持参させてください。

福岡和白PET画像診断クリニック
〒811-0213 福岡市東区和白丘2-2-76
TEL 092-608-1166　FAX 092-608-1515
http://www.fwpet.net