

アミロイドPET/CT検査 診療情報提供書

【ドナネマブ投与開始後12ヶ月/18ヶ月時】

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
放射線科 担当医 殿

紹介元医療機関の所在地および名称
〒

TEL: FAX:

診療科

医師氏名

検査日時

年 月 日 時 分

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

☐ ドナネマブ投与開始後12ヶ月後を目安に投与完了可否となるA β プラークの除去評価
☐ ドナネマブ投与開始後18ヶ月を超えて投与継続を検討する際のA β プラークの評価
* 初回投与日: 年 月 日

臨床経過
など

直近CT検査日 年 月 日

次回受診予定 年 月 日

現在状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
送迎希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	20分静止	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	妊娠可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
アルコール アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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