

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:

検査日時

診療科

年 月 日 時 分

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 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Aβ 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Aβ 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 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 妊娠可能性 有 無アレルギー 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