

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

検査日時

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				
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				
確認事項	治療前	MMSEスコア	(点)	(年 月 日)	
		CDR全般スコア	()	(年 月 日)	
	6ヶ月	MMSEスコア	(点)	(年 月 日)	
		CDR全般スコア	()	(年 月 日)	
	12ヶ月	MMSEスコア	(点)	(年 月 日)	
		CDR全般スコア	()	(年 月 日)	
	18ヶ月	MMSEスコア	(点)	(年 月 日)	
		CDR全般スコア	()	(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	
移動方法	☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー			※鎮痛薬やデパスなどが必要な際は 持参させてください	
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