

アミロイドPET/CT検査 診療情報提供書

【レカネマブまたはドナネマブ投与中止後、初回投与から18ヶ月以上経過し再開する時】

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

検査目的 レカネマブまたはドナネマブ治療中断後で、初回治療から18ヶ月を超えて投与を再開する場合
* 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