

アミロイドPET検査紹介状(診療情報提供書)

国際医療福祉大学成田病院
地域医療連携室

行

電話 0476-35-5601

FAX 0476-35-5588

貴院の名称

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

検査予約日時: 年 月 日(曜日) 時 分

(事前の準備がありますので検査当日は時間厳守で「地域医療連携室」にお越しください。)

(フリガナ)		性別	生年月日	M・T・S H・R 西 暦	年	月	日 (歳)
患者氏名		男・女	身長	cm	体重	kg	
患者住所 電話番号	〒 - 電話: 携帯: 緊急連絡先:						
電話連絡が 可能な方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外でも可		国籍				

検査目的	<input type="checkbox"/> 治療薬投与の適用判定 <input type="checkbox"/> ケサンラの効果判定(初回投与から11か月後を目安)						
持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> その他()						
髄液検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり*() *PET検査との併用はできません。		告知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過等

検査前確認事項

閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	点滴等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸血(末梢・CV)
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	30分の静止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※不可の場合 静止法()
患者様 動的介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(家族付添必須)	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族の同伴をお願いすることがあります。

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 画像データ(CD-R、フィルム)、検査の記録を添付してください。

国際医療福祉大学成田病院 地域医療連携室