診療情報提供書（兼アミロイドＰＥＴ予約申込書）

予約日時が決定後、速やかにＦＡＸ(続紙含む)をお願いします

|  |
| --- |
| 三沢市立三沢病院　新患受付行　**ＦＡＸ　０１７６－５３－２１７３** |

ご依頼医療機関 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〒０３３－００２２  青森県三沢市大字三沢字  堀口１６４番地６５号  三沢市立三沢病院  ＰＥＴ－ＣＴ  画像診断センター行 | 医療機関 |  |
| 診療科 | 科　□外来　 □入院 |
| 担当医師 |  |
| 所在地 | 〒 　 - |
| TEL / FAX | TEL 　 / FAX |

患者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | | | 性別  男 ・ 女 | | 生年月日  □平成　□昭和　□大正　□令和  　 　　年　　　月　　　日 　　　歳 | |
| 様 | | |
| 住所 | 〒　 　 　－ | | | | 自宅TEL | | |
| 携帯TEL | | |
| 保険情報  保険証コピー可 | | 保険者番号 | 区分　　□本人 □ 家族 | | | | 負担割合　　　　　割 |
| 記号・番号 | 公費負担者番号/受給者番号 | | | | |

＊保険情報提供について患者さんの同意をお願いします＊ＴＥＬは日中連絡の取れる番号をご記載お願いします

診療に関する確認事項　自由診療 または 保険診療 をご確認の上、該当事項をもれなくご記載をお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| 検査予約日時 年 月 日（ 曜日） 時 分 | |
| 診療 | □自由診療　患者負担26万9,324円の検査　患者さんの同意を得て依頼をお願いします |
| □保険診療 　　□軽度認知障害（MCI） □軽度の認知症 |
| 目的 | アミロイドイメージングによるアミロイドの集積判定 |
| 依頼医  チェック項目 | □レカネマブ（遺伝子組み換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である  □MMSEスコア：　　　　点（22点以上）かつCDR全般スコア　　　　（0.5または1.0） ※1か月以内  □初回投与前または投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する前である  □脳脊髄液（CSF）検査によるアミロイドβ42/40比測定を行っていない  ※上記をすべて満たしていない場合は保険適応外となります |
| 臨床診断 |  |
| 臨床経過等 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 手術歴 | □無　□有　時期　　　年　　月　　日　疾患･術式  　　　　　　時期　　　年　　月　　日　疾患･術式 |
| 処方等 |  |

2024年10月作成

検査前チェックリスト

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身長・体重 | cm　 　　　kg | 閉所恐怖 | □無 □有 |
| 歩行移動 | □可 □不可  □車ｲｽ　□ｽﾄﾚｯﾁｬｰ | 妊娠中/授乳中 | □無 □有妊娠 □有授乳 |
| アルコール過敏症 | □無 □有 |
| ３０分程の安静 | □可 □不可 | 腎機能異常 | □無 □有(飲水負荷　□可　□不可) |
| その他留意事項 | | | |

※飲食制限はございません。

※内服薬等は普段通り服用してください。

※原則ストレッチャー移動の方、鎮静が必要な方、介助が必要な方の検査はできませんのでご了承ください。

※同一月にＦＤＧ－ＰＥＴ/ＣＴ、ガリウムシンチグラフィを実施の場合は保険診療適応外です。

アミロイドＰＥＴ検査ご依頼の際は、この用紙に必要事項を記載し、□にチェックの上、

**ＰＥＴ－ＣＴ画像診断センター電話０１７６－５３－２１６１ 内線１２７０**

**予約受付時間　８：３０～１６：００　に電話予約**をお願いします。

● 依頼後は､検査予約日時を記入し事前に２枚ともＦＡＸをお願いします。

ＦＡＸ後この原本は、検査日に患者さんが持参するようにお願いします。

● 「アミロイドＰＥＴご依頼の先生方へ（主治医用）」をご参照ください。

●　検査日に頭部ＭＲＩ検査の画像データ（３Ｄ画像含む）の持参をお願いします。

● 主治医のお立場から患者さんに検査の目的、概要、コスト、運動制限などの必須事項について、

ご説明と同意を得て依頼をお願いします。

患者さんへ説明と同意を得る際は、「アミロイドＰＥＴ検査をお受けになる患者さんへ」をお役

立てください。

同意を得た際は、下記【検査同意署名欄】へ患者さん（代諾者）からご署名をお願いします。

貴院控えが必要な際は、複写し保管をお願いします。

● 患者さんに予約の日時に忘れずに来院すること、来院されなかった場合には取り寄せた薬剤の費

用を負担していただくことのご説明をお願いします。

キャンセルは、検査前日の１６：００まで（検査前日が休診日の場合、前診療日の１６：００ま

で）必ずＰＥＴ－ＣＴ画像診断センターへご連絡をお願いします。

● 検査日は当院の他科受診や検査は、予定なさらないようにお願いします。

● 検査日に結果は出ませんので、医師による診察及び結果説明はありません。ご了承ください。

検査結果の郵送に１週間程度かかります。

【検査同意署名欄】

|  |
| --- |
| 私は、下記説明医師よりアミロイドＰＥＴ検査の必要性とその内容、これに伴う危険性、  検査注意事項などについて、説明を受け理解し検査を受けることに同意します。  検査中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合は、それを受けることを了承します。  　 　　　　　　　　 　 　年　　　月　　　日  　説明医師　　(署名)  　患者氏名　　(署名)  代諾者氏名　(署名)　　　　　　　　　　　　(続柄) |

2024年10月作成