

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 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
担当医師	
所在地	〒 -
TEL / FAX	TEL / FAX

患者情報

フリガナ 氏名	様	性別 男・女	生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳
住所	〒 -	自宅 TEL	携帯 TEL
保険情報	保険者番号	区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担割合 割
保険証コピー可	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をお願いします

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液（CSF）検査によるアミロイド β 42/40 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 時期 年 月 日 疾患・術式 時期 年 月 日 疾患・術式					
処方等						

検査前チェックリスト

身長・体重	cm kg	閉所恐怖	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
歩行移動	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	妊娠中/授乳中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有妊娠 <input type="checkbox"/> 有授乳
	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
30分程の安静	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	腎機能異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(飲水負荷 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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) _____