**診療情報提供書（脳アミロイドPET用）**

**FAX送信**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | 年 |  | 月 |  | | 日 |
| 紹介先  医療機関名 | **松阪中央総合病院**  〒515-8566  松阪市川井町字小望 102  TEL 0598-21-5252 | 紹介元  医療機関名 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | |
| 担当医 | **放射線科医師** | 診療科 |  | | | | | | | | |
| 医師氏名 |  | | | | | | | ㊞ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | |  | | 性別 | | | | | 紹介元ID No. | | 松阪中央ID No. |
| 患者氏名 |  | | | | | | 様 | | 男・女 | | | | |  | |  |
| 患者住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | 携帯番号 | | | | |  | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 |  | 年 |  | 月 |  | | 日 | |  | 歳 | | 職業 | |  | |

**FAX番号：0598-21-7616**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 |  | | | | | | | | | | | | □未告知  □告知済 | |
| 紹介目的  保険適応 | 検査目的 | □認知症治療薬適応判定（軽度認知障害(MCI)・軽度の認知症疑い） | | | | | | | | | | | | |
| アミロイドPET検査歴 | □初回　　□2回目（治療薬初回投与から18か月以上経過） | | | | | | | | | | | | |
| 診療種別 | □保険診療　　＊当院では、保険診療のみ対応しています | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴及び  家族歴 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 症状経過及び検査結果 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事前の画像診断（持参下さい） | | | | □CT　　□MRI　　□US　　□RI　　□その他（　　　　　　　 　） | | | | | | | | | |
| 治療経過及び現在の処方 |  | | | | | | | | | | | | | |
| チェック項目 | 閉所恐怖症 | □無　　□有（検査できません） | | | | | 感染症 | | □無　　□有（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 妊娠 | □無　　□有（検査できません） | | | | | 移動手段 | | □独歩　□要介護（付添いが必要です） | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 検査日時 |  | 年 |  | 月 | |  | 日 | 午前・午後 | |  | 時 |  | 分 | 来院 |