

## 診療情報提供書 (脳アミロイドPET用)

年 月 日

紹介先 松阪中央総合病院  
医療機関名 〒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

印

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	

傷病名					<input type="checkbox"/> 未告知 <input type="checkbox"/> 告知済		
紹介目的 保険適応	検査目的	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2 回目 (治療薬初回投与から 18 か月以上経過)					
	診療種別	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査できません)	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (検査できません)	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 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