## 診療情報提供書(兼アミロイドPET予約申込書)

ご依頼医療機関

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

〒033-0022			医療	機関														
青森県三沢市大字三沢字				診療	£:l								私	□ প	L 本		陰	
堀口164番地65号													17		r / ·		\P)C	
三沢市立三沢病院				-	担当													
	E T —				所在:	地	₹	-										
画	像診	断セン	/ター1	丁	TEL ,	/ FAX	TEL					/ FAX	X					
患者情報	ŧ			L			1											
フリカ゛ナ										性別		生年月	日					
氏名							日本 日						]大正		令和	<b>4</b> E		
住所	<u> </u>									男 •	女	自宅 TEL	年	月		日		歳
ומבו	·   = -										-	サイト   ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						
 保険情幸	<del></del>	保险	 食者番·	<del></del> 号					区	<del></del>	 口本	人口家		負担	割合			割
保険証コヒ	-		号•番-						公費	負担		/受給者番		1				
		1			食情報提	供につい	て患者さ	らんの同意	L 意をお	願いし	ます*	TELは日	中連絡の	取れる番号	きをご言	己載お原	願いし	ます
診療に関	する	確認	事項	自由部	診療 ま	たはん	保険診	療 をこ	ご確認	の上	、該当	4事項をも	もれなく	くご記載	をお	願いし	<b>ンます</b>	-
検査予	P約E	時		左	Ę	J	月		日	(		曜日)			诗		:	分
=^			=^ +															
診療		1日田	診療	患者負	負担 28	万円前後	後の検査	患者	さんの	の同意	を得て	依頼をおり	願いしま	きす				
診療			診療    診療			万円前後 						依頼をお 	願いしま 	<b>き</b>				
目的		□保険	診療		]軽度詞		害 (MC)	I)	□軽.	度の認	別定	依頼をお 	顛いしま 	<b>ं</b>				
	; ;	アニオ 日本	診療 イミロイ ション ション ション ション ション ション ション ション ション ション	イメー イドβ イド前 あか か	i 軽度 ジ 抗抗あ ( な が が が が も り り り り り り り り り り り り り り り	窓知障値がによった。	害(MC] るアミ る最適 ]レカネ 髪 賢えて耳	I) ロイト i使用が マブ か 再開ま	□軽 ドの! 推進: ハ月の	度 集 ガド ン治継続	知症   ドライブ   マ	ンに準	拠して ※ドナ う	いる施		<b>ある</b>		
目的 依頼医 チェック	; ;	コ保 マミ抗 ココ コ コ コ コ コ ロ ロ ロ フ フ フ フ フ フ フ フ フ フ	診 イミミ回回 ラフ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ リ	イメー イドβ 手前るか ア	J 軽度 ジ が が が が は な る り り り り り り り り り り り り り り り り り り	窓知によって に係の □ 開始を は、 一 開始を は、 一 開始を は、	害(MC] るアミ る最 ]レカネ 发  対 えて ア	ロイト 使用抗 マブ か 再開ま ブ 22 ぽ	□軽 ドの! 能進: ハ月は たは	度 集 ガ ド ) 総 、 ド ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定でするかます。	ンに準 ) の 判定) 前である	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目的 依頼医 チェック		コ保 アミカ コ カ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	診 イミミ回回 与ス 全	イメー イドβ 手あかアコア_ アーア_	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	窓知によって に係の □ 開始を は、 一 開始を は、 一 開始を は、	害(MC] るアミ る最適 リレカネ 登 えてす カネマ . 5 また	ロイー ロイー 使用が マブ か 再開ま ブ 22 g	□軽   「 の !	度 集 ガ ド ) 継 、 1 ・ ※ ・ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定 マ 効すナ月	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目的 依頼医 チェック	7 7	コ保 アミカ コ カ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	診 イミミ回回 与ス 全	イメー イドβ 手あかアコア_ アーア_	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	図知 ボ に 係 □ ボ に 係 □	害(MC] るアミ る最適 リレカネ 登 えてす カネマ . 5 また	I) ロイI 使用抗 マブ か 再開ま ブ 22 g	□軽   「 の !	度 集 ガ ド ) 継 、 1 ・ ※ ・ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定 マ 効すナ月	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目的依頼医チ項目	で ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	コ保 アミカ コ カ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	診 イミミ回回 与ス 全	イメー イドβ 手あかアコア_ アーア_	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	図知 ボ に 係 □ ボ に 係 □	害(MC] るアミ る最適 リレカネ 登 えてす カネマ . 5 また	I) ロイI 使用抗 マブ か 再開ま ブ 22 g	□軽   「 の !	度 集 ガ ド ) 継 、 1 ・ ※ ・ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定 マ 効すナ月	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目的依チ項に麻麻	で ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	コ保 アミカ コ カ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	診 イミミ回回 与ス 全	イメー イドβ 手あかアコア_ アーア_	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	図知 ボ に 係 □ ボ に 係 □	害(MC] るアミ る最適 リレカネ 登 えてす カネマ . 5 また	I) ロイI 使用抗 マブ か 再開ま ブ 22 g	□軽   「 の !	度 集 ガ ド ) 継 、 1 ・ ※ ・ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定 マ 効すナ月	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目的依チ項に麻麻	で ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	コ保 アミカ コ カ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	診 イミミ回回 与ス 全	イメー イドβ 手あかアコア_ アーア_	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	図知 ボ に 係 □ ボ に 係 □	害(MC] るアミ る最適 リレカネ 登 えてす カネマ . 5 また	ロイー ロイー 使用が マブ か 再開ま ブ 22 g	□軽   「 の !	度 集 ガ ド ) 継 、 1 ・ ※ ・ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定 マ 効すナ月	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目的依チ項に麻麻	で ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	コ保 アミカ コ カ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	診 イミミ回回 与ス 全	イメー イドβ 手あかアコア_ アーア_	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	図知 ボ に 係 □ ボ に 係 □	害(MC] るアミ る最適 リレカネ 登 えてす カネマ . 5 また	ロイー ロイー 使用が マブ か 再開ま ブ 22 g	□軽   「 の !	度 集 ガ ド ) 継 、 1 ・ ※ ・ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定 マ 効すナ月	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目的依チ項に麻麻	う 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	R R R I I I I I I I I I I I I I I I I I	診 イミミ回回 与ス 全	イメー イドβ 手あかアコア_ アーア_	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	図知 ボ に 係 □ ボ に 係 □	害(MC] るアミ る最適 リレカネ 登 えてす カネマ . 5 また	ロイー ロイー 使用が マブ か 再開ま ブ 22 g	□軽□ パーク は 1 に から	度 集 ガ ド ) 継 、 1 ・ ※ ・ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定って 効すナリま イブ 果る みりょ	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目 依チ項 臨 臨 に 床 床経	う 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	R R R I I I I I I I I I I I I I I I I I		イイイチを台アって 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	忍に係 □ 別には □ 別には □ 別には □ 別を □ の 場 □ の 場	害(MC ] る る レ	I) ロイ用 使マ 期 22 に 新 24 に	□□ が 進□ 「月 は以」 外 疾	度 集 ガ ド ) ※ ヒ ※ と *******************************	知定マー効すナ月ま 一	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			
目 依チ項 臨 臨 に 床 床経	う 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	R R R I I I I I I I I I I I I I I I I I		イイイチを台アって 時の おりがら アース あり でるら アーカ カーカーカー 期	J軽度 ジ 抗休る 投 が 18 か )	図が   で	害 (MC)   る る し	Tip ロイー	□□ が 進□ 「月 は以」 外 疾	度集ガド 2継、3なり 一番・一番 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	知定マー効すナ月ま 一	ンに準 ) の 判定) 前である v ブ 20~	拠して ※ドナ う 28 点)	いる施 ネマブ <sup>の</sup> かつ	ற <del></del> み			

月

日

## 検査前チェックリスト

身長・体重	С	n kg	閉所恐怖	□無 □有
步行移動	□可□不	可	妊娠中/授乳中	□無 □有妊娠 □有授乳
	□車	イス □ストレッチャー	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)
持続血糖測定器	□無 □有		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。
- ※持続血糖測定器(リブレ等)をご使用の方は検査前に外していただきます。
- ※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、口にチェックの上、

## **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、<u>下記【検査同意署名欄】へ患者さん(代諾者)からご署名</u>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】

	説明医師よりアミ よどについて、説						<b>美性、</b>
検査中に緊急	息の処置を行う必?	要性が生じたナ	場合は、そ	れを受ける	ことを了承	します。	
					年	月	日
説明医師	( <u>署名)</u>						
患者氏名	( <u>署名)</u>						
代諾者氏名	( <u>署名)</u>			(続柄)			