

患者様情報

診療情報提供書（アミロイドPET検査依頼書）

ふりがな  
氏名  
生年月日 性別  
年 月 日 M・F  
連絡先： - -

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック				
受付日時				
年	月	日	時	分
紹介元医療機関				
診療科				
ご担当医師名				

依頼内容		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>アミロイドPET</b> (使用薬剤を選択してください)	<input type="checkbox"/> フルメタモール (メジフィジック社:カラー画像)	<input type="checkbox"/> フロルベタピル (PDRファーマ社:白黒画像)
<input type="checkbox"/> MMSEスコア (認知機能スコア)	<input type="checkbox"/> 21点以下	<input type="checkbox"/> 22点以上
<input type="checkbox"/> CDR全般尺度 (臨床認知尺度)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0.5又は1
	<input type="checkbox"/> 2又は3	<input type="checkbox"/> 評価困難

検査目的

アミロイドイメージングによるアミロイド集積判定  
 その他( )

臨床診断

アルツハイマー病  
 その他 ( )

持参画像 (ご持参の場合のみ記入お願いします)

CT  MR  脳血流シンチグラフィー  MIBG心筋シンチグラフィー  DAT SCAN  その他( )

臨床経過・投薬内容等

チェック項目 (必ず記入をお願いします)

依頼施設はレカネマブ最適使用推進ガイドラインに沿った初回導入施設である。  
 レカネマブ投与の要否を判断する目的での実施であり、1回目である。  
 脳脊髄液 (CSF) 検査を実施していない。

自力歩行 可・車椅子・ストレッチャー			検査日現在(見込) 外来・入院中
HBsAg -・+・未	人工肛門 無・有	輸液 無・有	入院中の場合の入院病棟
HCVAb -・+・未	気管切開 無・有	30分静止 可・不可	
	妊娠 無・有	閉所恐怖症 無・有	
ペースメーカー・ドレーン・ポート・他( )		処置 酸素 その他( )	<input type="checkbox"/> 一般(7:1, 10:1, 13:1, 15:1) <input type="checkbox"/> その他( )

永仁会シーズクリニック 御中

上記の患者のPET検査及び診断をお願いします。

次回外来日 年 月 日

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

必要事項をご記入の上FAXをお願いします。

## 患者様情報

## 注意事項

ふりがな

氏名

生年月日

性別

年 月 日 M・F

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック				
受付日時				
年	月	日	時	分

予約時刻ちようどにご来院ください

### ■ 検査当日にお持ち頂くもの

- 健康保険証
- 各種公費医療受給者証（医療券・限度額適用認定証・減免証明書などをお持ちの方。）  
当院は難病指定医療機関ではないため、**指定難病医療の受給者であっても医療費のお支払いが必要です。**
- 診療情報提供書・紹介状（主治医からお預かりしたもの）
- フィルム・CD-ROM等（主治医からお預かりしたもの）
- 服用中の薬（**痛み止め、心臓の薬など緊急時に服用するものは必ずお持ちください。**）
- お薬手帳
- ペースメーカー手帳、ペースメーカーカード  
(心臓ペースメーカーをご利用の場合)

### ■ 検査にあたってのご注意

- 事前のご案内  
検査にあたって注意点がありますので、検査前日までに当院からお電話いたします。なお、お仕事等のご都合で電話に回答できない場合は、**患者様から当院に必ずお電話ください。**  
TEL:04-2903-7888 受付9:00~17:30
- 糖尿病の方へ  
食事をしたら、内服、インシュリン注射をなさってください。

### □ 検査の所要時間

約3時間かかります(ご来院からお帰りまで)。

### □ 結果説明

当院は、主治医の先生のご依頼に基づいて検査を行います。患者様への結果説明はいたしません。画像診断結果は、撮影した画像とともに主治医の先生にご報告いたしますので、患者様は主治医の先生から結果説明をお受けください。

### □ キャンセル等

体調等により、やむを得ずご受診できない場合、あるいは予定時刻に間に合わない場合は、直ちに当院までお電話ください。また、キャンセルや検査日を延期なされた場合は、その旨を患者様から主治医の先生にお伝えください。

### ■ 検査料金

保険種類や検査内容により異なります。

3割負担……74,000円

2割負担……18,000円

1割負担……18,000円

※診療報酬改定により、料金が変わる場合があります。

お支払いに、クレジットカード、ジェイデビットをご利用いただけます。



交通 裏面地図参照

所在地 〒359-1124 埼玉県所沢市東住吉7-5

TEL: 04-2903-7888

水曜日休診(ホームページでご確認ください。)



医療法人 永仁会

永仁会シーズクリニック

