

武蔵村山病院申込書兼診療情報提供書（脳アミロイドPET）

※印はすべて記入してください

※紹介元医療機関名

※診療科

※医師名

※検査日時 年 月 日（ ） 時 分

※患者さま情報

大和会共通 ID

フリガナ		男・女	生年月日	
氏名			年 月 日（ 歳）	
住所				
TEL	— —	身長	cm	
連絡先(携帯)	— —	体重	kg	
※検査目的（保険適応）				
アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し レカネマブ製剤投与の可否を判断するため。				チェック ☐
アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者に対し ドナネマブ製剤投与の可否又は投与後の評価を判断するため。				チェック ☐

※臨床症状・臨床診断

・認知機能検査

MMSE（ ） CDR（ ） その他（ ）

・その他の検査結果（脳血流 SPECT 検査、MIBG 検査、DaTSCAN 検査等）

年 月 日：検査名

所見

※検査に必要な確認事項

脳血管障害の存在	有	無
感染症	有	無（ ）
妊娠	有	無
30分程度の静止	可	不可
歩行	可	不可（車椅子 ストレッチャー 杖 歩行器）
付き添い	有	無
閉所恐怖症	有	無

その他留意点等

この用紙を FAX でお送りください。

送り先 武蔵村山病院 画像診断・PET センター

FAX 042-566-3318

※当院ではフルテメタモル注射液を使用した検査を行います。
（商品名：ビザミル®静注、製造販売：日本メジフィジックス株式会社）