兵庫医科大学病院 PET センター紹介状（診療情報提供書）

ＰＥＴセンター担当医 殿 （検査予約日時） 年　月　日（　） 時　分 ☐ 保険診療 ☐	医療機関名 所在地 診療科名 紹介医 電話（　） ＦＡＸ（　）

ふりがな　　住所 〒　－

患者氏名　　様

携帯：（　）　－

生年月日（西暦）　年　月　日生　男・女（　歳）ＴＥＬ：（　）　－

身体の情報	身長（　cm）	体重（　kg）
依頼医確認事項（必須）	☐ レカネマブ（遺伝子組み換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設である ※上記に準拠していない場合は保険適応外となる場合があります ☐ 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、レカネマブ製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する目的である ☐ アミロイドβ42/40 比（髄液）における保険算定を行っていない	
検査目的	☐ アミロイド PET イメージングによるアミロイド集積の判定	
施行した画像診断	☐ ＣＴ　☐ ＭＲＩ　☐ ＲＩ　☐その他（　）	
	＜ 所　見 ＞	

《 臨床経過 》詳しくご記入下さい。

《検査に必要な確認事項》

20 分程度の静止	可・不可	歩行	可・不可（車椅子・ｽﾄﾚｯﾁｬｰ）
告知	無・有	アレルギー等	無・有（　）・不明
妊娠	無・有	感染症	無・HBV・HCV・HIV・MRSA・その他（　）・不明
授乳中	無・有	水分制限	無・有
排尿・排便介助	不要・要	除細動器等の装着	無・有　※有の場合、メーカー名（　）
次回外来受診日	月　日　時頃		

《その他、検査に関わる留意点等》

被保険者証				
	保険者番号		公費負担者番号	
	記号・番号	・	公費受給者番号	
	本人・家族	本人・家族	公費負担割合	0割・1割・2割・3割
	負担割合	0割・1割・2割・3割	負担金	円
	有効期限	．．～．．	有効期限	．．～．．

兵庫医科大学病院ＰＥＴセンター　フリーダイヤル０１２０－６１２３－６７　ＦＡＸ０７９８－４５－６９２３

（患者持参用）　　年　月　日