

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		医療機関名		
		所在地		
		診療科名		
		紹介医		
		電話	() -	
☐ 保険診療		F A X	() -	
ふりがな		住所 〒	-	
患者氏名		様		
生年月日(西暦) 年 月 日生		携帯 ()	-	
性別 ☐ 男 ☐ 女		TEL ()	-	
身体の情報		身長 () cm 体重 () kg		
依頼医確認事項 (必須)		☐ アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品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用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、Aβ抗体薬の投与の可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		※詳しくご記入ください。		
検査に必要な確認事項				
25分程度の静止	☐ 可 ☐ 不可	歩行	☐ 可 ☐ 不可	
告知	☐ 無 ☐ 有	アレルギー等	☐ 無 ☐ 有	
妊娠	☐ 無 ☐ 有	感染症	☐ 無 ☐ HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐ MRSA ☐ その他 () ☐ 不明	
水分制限	☐ 無 ☐ 有			
排尿・排便介助	☐ 不要 ☐ 要			
除細動器の装着	☐ 無 ☐ 有 ※有の場合、メーカー名 ()			
次回外来受診日	月 日 時頃	持続グルコース測定器(リブレ)	☐ 無 ☐ 有	
その他、検査に関わる留意事項等				
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
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄