

アミロイドPET検査依頼書

申込日 年 月 日

ご依頼医療機関

医療機関名			
住所			
診療科			
依頼医師名			
電話番号		FAX番号	

患者様情報

フリガナ					
患者氏名					(男・女)
生年月日	T. S. H	年	月	日	歳
電話連絡先	(本人・その他：氏名)				
	*当院から連絡する場合がございます。 ご本人に認知症状がある場合は確認等ができる方の電話番号をご記入して下さい。				
身長・体重	身長	cm	・	体重	kg
確認事項(チェックして下さい)					
妊娠	無・有	感染症	無・有		
閉所恐怖症	無・有	(有りの場合 種類)			
注射禁止の腕	無・有(右・左)	30分静止	可・不可		
アルコール綿	可・不可				
特記事項					

検査予定日時

年	月	日	曜日	時から
---	---	---	----	-----

臨床診断、検査目的など

臨床診断	
検査目的	レケンビ投与前検査・その他()
投薬中の薬剤	
チェック項目(チェックして下さい)	
<input type="checkbox"/> 患者様に検査内容、放射線被ばくなどの検査説明を行い同意書に署名をもらっている。	
<input type="checkbox"/> 「検査説明・同意書」、アミロイドPET検査依頼書をFAXした。	
<input type="checkbox"/> 脳脊髄液検査(CSF)は行っていない。	