

アミロイドPET検査紹介状(診療情報提供書)

国際医療福祉大学成田病院
地域医療連携室 行
電話 0476-35-5601
FAX 0476-35-5588

貴院の名称
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

検査予約日時: 年 月 日(曜日) 時 分

(事前の準備がありますので検査当日は総合受付で受付後に時間厳守で「1-2 放射線科受付」にお越しください。)

(フリガナ)		性別	生年月日 M・T・S H・R 西暦	年 月 ()		
患者氏名		男・女		身長	cm	体重
患者住所 電話番号	〒 一 電話: 携帯: 緊急連絡先:					
電話連絡が 可能な方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外でも可	国籍				

検査目的	<input type="checkbox"/> 治療薬投与の適用判定 <input type="checkbox"/> ケサンラの効果判定					
持参画像	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> その他()					
髄液検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	告知	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過等

検査前確認事項

閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	点滴等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 輸血(末梢・CV)
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	30分の停止	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※不可の場合 静止法()
患者様 動的介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(家族付添必須)	アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

※鎮静の実施や本人の状態によっては、貴院の医療従事者又はご家族の同伴をお願いすることがあります。

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 画像データ(CD-R、フィルム)、検査の記録を添付してください。

国際医療福祉大学成田病院 地域医療連携室