

診療情報提供書（画像診断依頼書）

ゆうあいクリニック 小澤 幸彦 先生

以下の患者様の画像診断をお願い申し上げます。

予約日時: 年 月 日 時 分

貴医療機関名	診療科	担当医師(フルネーム)
TEL: ()		

▽依頼内容

<input checked="" type="checkbox"/> 脳アミロイドPET	※妊娠中またはその疑いのある方、授乳中の方は受診できません。 ※PET/CT装置の特性上、吸収補正は低線量CTで減弱補正を行います。
受診結果DISK	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 ※ご不要の場合にはご連絡ください。

ふりがな	性別	住所 〒
患者様名 様	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日	年 月 日	
	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 西暦	
電話番号 【事前確認用】	※受診日前日(日・祝日除く)の9時~12時に、ゆうあいクリニックよりお電話で来院の最終確認をしますので、 連絡が取れる電話番号を必ずご記入ください。 ※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ください。	
第一希望	()	(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他: 氏名)
第二希望	()	(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他: 氏名)

確認事項 ※該当する症例 にチェック☑ してください	<input type="checkbox"/> 臨床症状が非定型的であり、適切な治療のために確定診断を要する認知症が疑われる症例
	<input type="checkbox"/> 発症年齢が非定型的(65歳未満の発症)であるため、適切な治療のために確定診断を要する認知症が疑われる症例のうち、単純CTまたはMRIで血管性認知症の可能性を否定できる症例
	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)または軽度認知症があり、背景としてアルツハイマー病が疑われるが、疾患修飾薬治療のために確定診断を要する症例

※脳MRI検査歴があれば、最後に撮影された脳MRI画像(DISK)をお持ちください。読影の参考にさせていただきます。
(脳MRI検査を行っていない場合は、脳CT検査)

診療用放射線の安全利用に関するガイドラインにおいては、以下について患者様へご説明し、ご理解を得ることが必要とされています。

☑ 脳アミロイドPET検査1回当たりの被ばく線量は約4.8mSv(ミリシーベルト)、CT検査1回当たりの被ばく線量は約0.4mSvです。

☑ 放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行う事により得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。

☑ ゆうあいクリニックでは、医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分に考慮した上で、最適化を定期的に行っています。

持込画像は、データ(DISK)のみお受けいたします。ゆうあいクリニックでの検査結果を直接依頼元の医療機関へ提供することについて患者様の同意がある場合に限り、本診療情報提供書をご利用ください。なお、特別な取扱いが必要な場合には、下記の電話番号へご連絡ください。

コールセンター臨床 FAX 045-548-1969 / TEL 045-540-8215

予約フリーダイヤル 0120-852-026



医療法人社団ゆうあい会
ゆうあいクリニック