

診療情報提供書（画像診断依頼書）

ゆうあいクリニック 吉田 啓介 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/CT	<p>※妊娠中またその疑いのある方、授乳中の方は受診できません。 ※薬剤やアルコールに対してアレルギー反応を起こしたことがある方は検査ができないことがあります。 ※PET/CT装置の特性上、吸収補正はCTで減弱補正を行います。</p>	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。			
<input type="checkbox"/> 保険	<p>以下、すべてに該当している</p> <p>・アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)また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。</p> <table><tr><td>該当する方に チェックしてください。</td><td><input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI)</td><td><input type="checkbox"/> 軽度の認知症</td></tr></table> <p>・レカネマブ(遺伝子組み合せ)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。</p> <p>・脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。</p>	該当する方に チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI)	<input type="checkbox"/> 軽度の認知症	
該当する方に チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI)	<input type="checkbox"/> 軽度の認知症			
<input type="checkbox"/> 私費	保険適用要件に該当しない	※検診目的での依頼はお引き受けできません。			

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	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 年 月 日 <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="radio"/> 本人 <input type="radio"/> その他：氏名)		
	第二希望 () (<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> その他：氏名)		

※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/CT検査1回当たりの被ばく線量は、PET検査約4.8mSv(ミリシーベルト)、CT検査約2.0mSv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

