

診療情報提供書（脳アミロイドPET/CT 検査～自由診療）

【予約日時】 令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

紹介先医療機関：仙台総合放射線クリニック
TEL:022(375)1231 FAX:022(346)1805
放射線科 担当医 殿

ふりがな	性別
患者氏名 様	男・女
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	職業
患者住所 〒 TEL: ()	
移動方法： <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	

紹介元医療機関 TEL: () 診療科 担当医師氏名

■依頼する検査

脳アミロイドPET/CT 《使用薬剤：フルテメタモル(¹⁸F)》

■検査目的（下記に合致する場合は口に✓を入れてください）

- 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（施設基準などが保険診療対象の条件を満たさない場合）
- 臨床症状が非典型的であり、適切な治療のために確定診断を要する認知症症例
- 発症年齢が非典型的（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症例（脳MRIやCTで、血管性認知症などの他疾患は否定される）
- その他（詳しく：_____）
- ※ 進行した重度の認知症、症状が典型的な認知症、検診目的や発症前診断などは対象なりません

■臨床診断（当てはまる項目に✓を入れてください）

- 軽度認知障害（MCI） 軽度の認知症
- その他（詳しく：_____）

■チェック項目

- ・アルコール過敏症： 無 有（薬剤に少量のアルコールを含むため重度の過敏症では検査不可）
- ・薬剤アレルギー： 無 有（詳細：_____）
- ・その他のアレルギー： 無 有（詳細：_____）
- ・心臓ペースメーカー： 無 有
- ・女性の場合：妊娠中あるいはその疑い・授乳中 無 有 → 検査できません

■臨床経過・投薬内容など

■既往歴・家族歴

* 感染症： HCV Ab (- + 不明) HBs Ag (- + 不明) TPHA (- + 不明)

※ 診療放射線安全管理指針に基づき以下の項目に対して患者様の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、PET検査：約4.8mSv、CT（吸収補正用）：約2.0mSvです
・放射線被ばくによる不利益に比べ、本検査で得られる情報が上回る場合に当該検査を行います



医療法人 秀放会
仙台総合放射線クリニック
SENDAI Radiation Oncology & Imaging Clinic

〒981-3121 宮城県仙台市泉区上谷刈字向原 21 番地 4

TEL : 022(375)1231 FAX : 022(346)1805

E-mail: info@sendai-roic.or.jp

URL: <https://sendai-roic-or-jp.secure-web.jp>