

診療情報提供書 アミロイドPET検査 依頼書

(御池クリニック分)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

《1枚目》

お申込日

年

月

日

紹介元医療
機関名

診療科

主治医

電話

フリガナ		性別	ID	
氏名		☐ 男 ☐ 女	身長	cm 体重 kg
生年月日	年 月 日	歳	電話 (日中連絡のつくところ)	

次回診察日をご記入ください

年 月 日 ()

来院日時	年 月 日 ()	☐ 午前 ☐ 午後	時 分
------	-----------	--	-----

確認項目	該当する項目すべてにチェックをしてください（該当しない項目がある場合、保険適応にならない可能性があります）	
	☐	厚生労働省の定めるアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品（抗Aβ抗体薬）に係る最適使用推進ガイドラインに該当する医療機関であること
	☐	対象者がアルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる受診者であること
	☐	抗Aβ抗体薬の初回投与・初回投与から18か月を超えて再開するため もしくは抗Aβ抗体薬の投与終了可否の検討・18か月を超える投与継続の可否を検討するため
	☐	自費での検査を希望する
検査部位	脳のみ	

※施行した頭部画像検査（PET・MRI・CT・RI）がありましたらDICOMデータのご提供をお願いいたします。

【臨床経過・既往歴・現病歴（症状）】	
MMSE：	点(測定日：20 / /) CDR：
☐ 抗Aβ抗体薬投与中	(期間：)

確認事項	手術歴	☐ 有 ☐ 無	部位	年 月	部位	年 月
	妊娠	☐ 無 ☐ 有	体内金属	☐ 無 ☐ 有 ()		
	30分の静止	☐ 可 ☐ 不可	アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()		
	閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	感染症	☐ 無 ☐ 有 ()		
	歩行	☐ 可 ☐ 不可	車椅子	☐ ストレッチャー		

※検査画像はCD-Rで返却いたします

<主治医の先生へのお願い>

- 依頼書（1枚目）の枠内全てをご記入ください。
 - 確認項目の該当する項目すべてにチェックをしてください。（該当しない事項がある場合、保険適応になりません）
 - 検査前の食事制限、投薬制限はありません。
 - 検査予約の中止・変更は、必ず電話にてご連絡ください。
 - 検査準備と保険適応の確認のため、お手数ですが依頼書を事前にPET画像診断センター（075-823-3482）までFAXにてお送りいただきますようお願いいたします。
- ※3枚目の受診者控を必ずご本人様へお渡しただいて事前に目をとおしていただくようお願いいたします。

PET専用 FAX 075-823-3482（番号をお確かめの上、おかけ間違いのないようお願いいたします。）

御池クリニック 代表TEL 075-823-3336 FAX 075-823-3201

診療情報提供書 アミロイドPET検査 依頼書

(ご依頼元控え)

御池クリニック 画像診断担当医 宛

《2枚目》 お申込日 年 月 日

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

フリガナ		性別	ID					
氏名		☐ 男 ☐ 女	身長		cm	体重		kg
生年月日		年	月	日	歳	電話 (日中連絡のつくところ)		

次回診察日をご記入ください
年 月 日 ()

来院日時		年	月	日 ()	☒ 午前 ☐ 午後		時	分
------	--	---	---	-------	---	--	---	---

確認項目	該当する項目すべてにチェックをしてください(該当しない項目がある場合、保険適応にならない可能性があります)							
	☐	厚生労働省の定めるアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品(抗Aβ抗体薬)に係る最適使用推進ガイドラインに該当する医療機関であること						
	☐	対象者がアルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる受診者であること						
	☐	抗Aβ抗体薬の初回投与・初回投与から18 か月を超えて再開するため もしくは抗Aβ抗体薬の投与終了可否の検討・18 か月を超える投与継続の可否を検討するため						
	☐	自費での検査を希望する						
※施行した頭部画像検査(PET・MRI・CT・RI)がありましたらDICOMデータのご提供をお願いいたします。								

検査部位	脳のみ							
------	-----	--	--	--	--	--	--	--

【臨床経過・既往歴・現病歴(症状)】

MMSE: 点(測定日: 20 / /) CDR: (測定日: 20 / /)

☐ 抗Aβ抗体薬投与中 (期間:)

確認事項	手術歴	☐ 有 ☐ 無	部位	年	月	部位	年	月
	妊娠	☐ 無 ☐ 有	体内金属	☐ 無 ☐ 有	()			
	30分の静止	☐ 可 ☐ 不可	アレルギー	☐ 無 ☐ 有	()			
	閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有	感染症	☐ 無 ☐ 有	()			
	歩行	☐ 可 ☐ 不可	車椅子	☐ ストレッチャー				

※検査画像はCD-Rで返却いたします

<主治医の先生へのお願い>

1. 依頼書(1枚目)の枠内全てをご記入ください。

2. 確認項目の該当する項目すべてにチェックをしてください。(該当しない事項がある場合、保険適応になりません)

3. 検査前の食事制限、投薬制限はありません。

4. 検査予約の中止・変更は、必ず電話にてご連絡ください。

5. 検査準備と保険適応の確認のため、お手数ですが依頼書を事前にPET画像診断センター(075-823-3482)までFAXにてお送りいただきますようお願いいたします。

※3枚目の受診者控えを必ずご本人様へお渡しいただいて事前に目をとおしていただくようお願いいたします。

診療情報提供書 アミロイドPET検査 依頼書

(ご案内および注意事項)

紹介元医療機関名	
診療科	
主治医	
電話	

《2枚目》

お申込日

年

月

日

フリガナ			性別		
氏名			○ 男 ○ 女		
生年月日	年	月	日	歳	
身長	cm	体重	kg	ID	
来院日時	年	月	日	○ 午前 ○ 午後	時 分

次回の診察日をご記入ください					
	年	月	日	(	)

検査日の数日前～前日に、当クリニックより検査での注意事項確認のお電話をさせていただきます。
この用紙は、電話の際にお手元に用意していただくと便利です。
失くさないようにご注意ください。

- ・検査は完全予約制です。(遅刻されますと、日程の変更をお願いする場合があります。)
- ・検査当日はマイナンバーカードまたは資格確認書と依頼書を必ずお持ちください。
- ・主治医の先生からお預かりのフィルム・CD-R・資料がございましたら、一緒にお持ちください。

●来院時間を必ず守ってください

検査時間に合わせて製造された、有効期限が非常に短い検査薬を使用しますので、来院時間には必ずお越しください。
検査は問診から検査終了まで2時間程かかります。

※万が一、予約の日時にお越し頂けない場合は、前日17時までには必ずご連絡ください。

●食事や投薬の制限はありません。

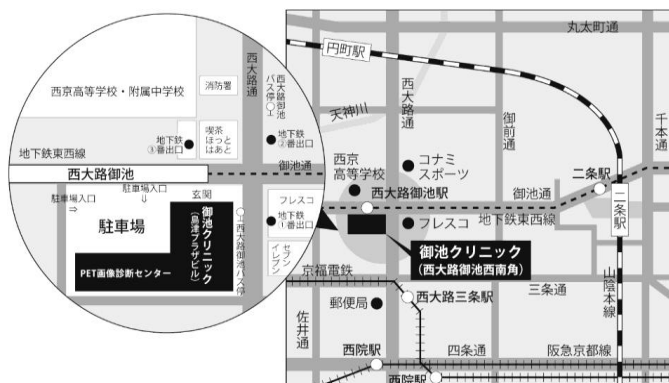
検査前まで食事はとっていただいてもかまいません。
糖尿病治療薬やインスリン、高血圧治療薬などは検査に影響ありませんので服用いただけます。

●検査中は約30分の安静・静止が必要です

検査は動きに弱く静止が必要な検査です。
安静や静止が困難な場合は事前にご相談ください。

●その他

- ①妊娠中の方、または妊娠の可能性がある方は原則として検査できません。
- ②授乳中の方は、ご相談ください。
- ③検査当日は荷物を全てロッカーに入れていただきますので、高価な物や必要以上の現金をお持ちにならないようにお願いします。



交通アクセス

- 地下鉄東西線西大路御池駅
③番出入口すぐ
- JR京都駅より
市バス205系統
西大路御池下車すぐ
(金閣寺方面)
- 阪急西院駅より 徒歩10分
- 京福電鉄
西大路三条駅より 徒歩3分
- 駐車場 約40台



御池クリニック
人間ドック・PET画像診断センター

〒604-8436 京都市中京区西ノ京下合町1-1
SHIMADZU PLAZA 1F (西大路御池西南角)
TEL 075-823-3000 (代表)
075-823-3336 (予約直通)
FAX 075-823-3201
URL <http://www.oike-clinic.jp/>