

βアミロイドPET/CT 検査（レカネマブ専用）

予約申込書 兼 情報提供書

年 月 日

予約日時	年 月 日 () 午後 15時 00分		
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名		
	() 科		印
患者情報	(フリガナ)	電話番号	
	氏名	男・女	()
	生年月日	年 月 日 歳	身長 cm/体重 kg
	① 歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（車椅子・ストレッチャーなど） 歩行不可の場合、検査開始から終了まで、介助者の付き添いが必要です。		
② 仰臥位で30分間の撮影が <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 側臥位では撮影できません。 閉所恐怖症の方はご配慮ください。当センターでは内服薬を処方できません。			

レカネマブ投与が実施可能な医療施設専用の情報提供書です。

検査結果は5営業日以内に発送（郵便）いたします。

貴院で実施済みのMRI画像をご提供いただきますようお願い申し上げます。

保険適応基準をご確認ください。

■アルツハイマー病による軽度認知障害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要否を判断する目的である。

■脳脊髄液（CSF）検査を行っていない。

脳脊髄液（CSF）検査を実施されている場合は、自費診療となります。ご注意ください。

備考

- 病病連携専用の診療情報提供書です。
- 当院医事課より、請求書とレセプトを送付いたしますので、到着次第お支払いください。
- 保険請求につきましては、当院より到着したレセプトを元に、貴院でご請求ください。
- 中止または延期の際は前日までにご連絡ください。

1. 本票を当センターが受け取りましたら 折り返し「検査予約確認書」をFAXいたします。
2. 本票は担当の先生ご自身による署名・捺印のうえ、紹介状として患者様にお渡しいただき、検査当日に当センターまでご持参ください。
3. 「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様への説明をお願いいたします。

静岡県立総合病院 PET イメージングセンター FAX 054(248)7755