

脳アミロイド PET 検査依頼書（診療情報提供書）

紹介先医療機関 君津中央病院 放射線科 担当医 殿

下記の患者様を紹介します。

検査予定 (予約日時)	年	月	日	時	分																																				
フリガナ			性別	体重	生年月日																																				
患者様氏名			男・女	kg	大・昭 平・令																																				
患者様住所			年 月 日																																						
臨床診断																																									
検査目的	<input type="checkbox"/> 治療前鑑別診断 <input type="checkbox"/> その他(保険適用外)																																								
保険適用	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 保険適用外(自費)																																								
臨床経過等																																									
検査に必要な確認事項 <table> <tr> <td>付添の必要性</td> <td>無</td> <td>・</td> <td>有</td> <td>(付添者氏名: _____)</td> <td>20~30分程度の安静</td> <td>可</td> <td>・</td> <td>不可</td> </tr> <tr> <td>水分制限</td> <td>無</td> <td>・</td> <td>有</td> <td>(制限量: _____)</td> <td>妊娠</td> <td>無</td> <td>・</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td>無</td> <td>・</td> <td>有</td> <td>(_____)</td> <td>帰宅後の生活環境に乳幼児や妊婦の存在</td> <td>無</td> <td>・</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>アルコール過敏</td> <td>無</td> <td>・</td> <td>有</td> <td>(一口で倒れてしまう程)</td> <td>閉所恐怖症</td> <td>無</td> <td>・</td> <td>有</td> </tr> </table>						付添の必要性	無	・	有	(付添者氏名: _____)	20~30分程度の安静	可	・	不可	水分制限	無	・	有	(制限量: _____)	妊娠	無	・	有	感染症	無	・	有	(_____)	帰宅後の生活環境に乳幼児や妊婦の存在	無	・	有	アルコール過敏	無	・	有	(一口で倒れてしまう程)	閉所恐怖症	無	・	有
付添の必要性	無	・	有	(付添者氏名: _____)	20~30分程度の安静	可	・	不可																																	
水分制限	無	・	有	(制限量: _____)	妊娠	無	・	有																																	
感染症	無	・	有	(_____)	帰宅後の生活環境に乳幼児や妊婦の存在	無	・	有																																	
アルコール過敏	無	・	有	(一口で倒れてしまう程)	閉所恐怖症	無	・	有																																	
その他、検査に関わる留意点等																																									

※ 記入後、必ずコピーを紹介元医療機関にて保管してください。

検査に関する注意事項

- 保険適用要件の確認は、貴院にて必ずお願いします。
- 治療中などのためお薬を服用中の方には、服薬指導をお願いします。
- 検査後の画像・結果については、10日前後でご依頼された医療機関に郵送します。

年 月 日

国保直営総合病院君津中央病院 患者総合支援センター

住所 _____

〒292-8535 千葉県木更津市桜井 1010

病院名 _____

TEL : 0438-36-1069 Fax : 0438-36-0399

医師名 _____ 印

TEL _____ FAX _____