

アミロイドPET検査申込書

※エクセルで入力する場合、は手入力してください。その他はチェックボックスかプルダウンで選択可能です。

検査希望日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	来院時間	年 月 日 時 分
	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		

フリガナ				医療機関名		
患者氏名						
性別	生年月日			診療科名		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年 月 日	才	担当医師名		
男 女	明 大 昭 平 令			電話番号	内線	

住所						
	連絡先電話番号	自宅		携帯		

病名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病による軽度認知障害 <input type="checkbox"/> 軽度認知障害
----	---

検査目的	抗アミロイドベータ抗体薬投与の要否となるアミロイドβ病理の確認
------	---------------------------------

確認事項	<input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬に係わる最適使用推進ガイドラインの基準を満たしている <input type="checkbox"/> 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、抗アミロイドベータ抗体薬投与の要否を判断する目的である <input type="checkbox"/> 脳脊髄液(CSF)検査を行っていない <input type="checkbox"/> 認知機能評価 MMSEスコア <input type="text"/> 点 22点以上 <input type="checkbox"/> 臨床認知症尺度 CDR全般スコア <input type="text"/> 点 0.5又は1 <input type="checkbox"/> 抗アミロイドベータ抗体薬による治療意思が患者本人及び家族に確認されている ※頭部MRI検査の画像データをCD等で患者さんにお渡しいただき、持参いただくようお願いください。
------	---

同意(口答可)	<input type="checkbox"/> 検査の説明・同意 <input type="checkbox"/> キャンセルポリシー ^{注2} (注2)検査前日15時以降の変更・キャンセルはできません
---------	---

臨床経過	
------	--

アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	身長/体重	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 (<input type="checkbox"/> 要介助) <input type="checkbox"/> 車いす
30分間の静止(仰向け)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明