

アミロイドPET(医療機器共同利用申込書)の記載方法

入力方法

- ① (医療機器共同利用申込書) Excel シート 1枚目(紹介元医療機関控) に必要事項を入力もしくはチェックをお願いします。

検査の希望日時がございましたら、1番下の備考欄にご記載ください。

- ②入力すると自動的に2ページ目(旭川厚生病院・FAX用)に反映されます。

旭川厚生病院PET検査室 (TEL 0166-33-7171 内線2036, FAX 0166-33-7735)					
医療機器共同利用申込書 (アミロイドPET検査)					
(紹介元医療機関控)					
※依頼医師は太枠内を記入してください。					
検査依頼日		2024年6月20日			
紹介先医療機関名 JA北海道厚生連旭川病院 ご担当医 殿	患者情報	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー			
		妊娠中・授乳中 ☐ 有 ☐ 無			
		☐ 紙おむつ ☐ 尿バック			
		☐ HBV ☐ HCV			
		☐ Wa-R			
		付属物 ☐ 酸素 ☐ 胸ドレナージ			
		身長 体重			
		閉所恐怖症の既往 ☐ 有 ☐ 無			
		検査日	検査時間 ()	注射時間 ()	
		紹介元	医療機関名	依頼医師(所属)	(氏名)
フリガナ	電話番号	FAX			
患者氏名	性別	年 月 日生 歳			
検査目的		放射線科医指示			
☐ アミロイドイメージングによる アミロイド集積の判定 ADL ☐ 自立 ☐ ()		医師 使用放射線性医薬品 ☐ ビザミル静注 185 MBq 担当技師 撮影方法 ☐ PET/CT ☐ ()			
アルコール(エタノール)過敏症 ☐ 無 ☐ 有		依頼医チェック項目			
植込み型除細動器 ☐ 無 ☐ 有		(下記すべてチェックがない場合は、保険適用にならない可能性があります)			
植込み型ペースメーカー ☐ 無 ☐ 有		☐ レカネマブ(遺伝子組み換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに準拠している施設であること ☐ 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アミロイドβ病理を示唆する所見を確認する目的であること			
持参データの有無		認知症スクリーニング検査の結果 ※いずれかの記載をお願い申し上げます			
☐ 頭部MRI ☐ その他 ☐ 頭部CT () ☐ 脳血流RI		☐ MMSE () ☐ 長谷川式簡易スケール () 臨床的認知症尺度 (CDR) ※いずれかの記載をお願い申し上げます ☐ CDR0.5 ☐ CDR1 ☐ CDR2 ☐ CDR3			
疾患名 アルツハイマー型認知症又はアルツハイマー病					
症状経過・検査結果・治療経過					
現在の処方					
既往歴及び家族歴		備考			
撮影条件(放射線技術科使用) K V p m A s					

クリーム色の箇所は入力することができます。必要事項を入力してください

チェック項目の□をクリックするとレ点が入ります

保険適用条件をチェックお願いします。チェックを入れないと保険適用にならない場合があります。

症状経過をご記載ください。

日時の希望はこちらへ記載ください。

- ③ アミロイドPET検査同意書は依頼元でお願いしております。
- ④ 必要事項を入力後、印刷してください。(余白は標準です)
- ⑤ 2枚目と検査同意書(依頼先放射線科控)を旭川厚生病院PET検査室へFAXしてください。
旭川厚生病院 PET検査室 FAX 0166-33-7735 (直通)
- ⑥ 検査日時決定しましたら、PET検査室より「アミロイドPET検査を予約された方、受けられる方へ」をFAXで返答いたします。
- ⑦ 大変申し訳ございませんが、JA北海道厚生連では個人情報漏洩対策として、案内に個人名を記載するができませんので、FAX送信完了した後、担当者様へ電話連絡にて、検査日時と患者名の照合をさせていただきます。
- ⑧ 2枚目とアミロイドPET検査同意書は患者様へお渡し、検査当日旭川厚生病院に持参するようお願いください。

手書きの場合は、2枚目のみの運用でも構いません。

旭川厚生病院