

## 画像診断検査依頼兼診療情報提供書 (FAX送信用)

当院で受診されたことがありますか。 1. 無 2. 有		→ 診察券番号		0	
フリガナ 受診者氏名		男 女	生年月日	T · S · H · R	年 月 日 歳
受診者住所 電話番号(連絡先)					
検査日	年 月 日 ( )		午前 午後	時 分	
依頼医療機関名 所在地 医師名			TEL		
			FAX		
依頼される 画像診断検査	<input type="checkbox"/> 脳アミロイドPET/CT				
	<input type="checkbox"/> 保険 以下、全てに該当している ・アルツハイマー病による軽度認知障害(MCI)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。 該当する□に✓願います <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI) <input type="checkbox"/> 軽度の認知症 ・レカネマブ(遺伝子組み合せ)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 ・脳脊髄液(CSF)検査を行っていない。				
	<input type="checkbox"/> 保険適用要件に該当しない ※検診目的のご依頼はお受けできません。				
検査結果について (①②より選択下さい)	<input type="checkbox"/> ①郵送希望(検査日の翌日発送予定。結果到着まで2、3日をみて下さい) <input type="checkbox"/> ②手渡し希望(検査当日に結果をお渡しすることは出来ません。翌日の9時以降でのお渡しとなります。)				
検査日にご持参 いただくもの (※□に✓願います)	<input type="checkbox"/> 保険証 *公費負担の方は「医療証」もご持参ください <input type="checkbox"/> 紹介状・参照過去画像(CD・フィルム) ※返却が必要である場合は必ず明記して下さい。 ※脳MRI検査歴がある場合は、直近で撮影された画像をお持ちください。読影の参考に致します。 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )				
★検査目的および臨床情報(読影に必要です。詳しくご記入願います。)					

(注)ご紹介いただく先生方へ 太枠の内の必要事項をご記入ください。

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 放射線診療部核医 162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1  
 【予約受付】 TEL 03(5273)6881(核医学専用ダイヤルイン)  
 【問い合わせ】 TEL 03(3202)7181(代表) 核医学受付2390(内線)