

FAX送信先 03-5273-5251 (放射線診療部 核医学検査予約受付)

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		印						TEL			
								FAX			
依頼される 画像診断検査		☐ 脳アミロイドPET/CT									
☐ 保険		☐ 抗アミロイド抗体薬 初回投与 または ☐ 投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えての再開 以下、①～③のすべてに該当している。 ※③は初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合にご記入ください。 ① 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疑いの患者に対し、 抗アミロイドベータ抗体薬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。 該当する方はチェックして下さい ☐ 軽度認知障害(MCI) ☐ 軽度の認知症 ② 抗アミロイドベータ抗体薬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。 ③ 抗アミロイドベータ抗体薬の投与中止後に初回投与から18ヶ月を超えて再開する場合のご依頼にあたっては、 本撮影が必要と判断した医学的根拠を★検査目的および臨床情報欄にご記入ください。									
		☐ 【ドナネマブ製剤】投与終了の可否を検討(目安:投与開始後12ヶ月)									
		☐ 【ドナネマブ製剤】18ヶ月を超える投与継続の可否を検討									
☐ 自費		☐ 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		☐ 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) ☐ 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)		☐ 保険証 *公費負担の方は「医療証」もご持参ください ☐ 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。 ☐ 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	放射線診療部核医学科	〒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)