（紹介元医療機関様➡羽生総合病院へFAX）

診療情報提供書（アミロイドPET-CT検査依頼書）

記載日　令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名

所在地　〒

TEL.　　**FAX.**

診療科　　**依頼医師**

（依頼先）
羽生総合病院　放射線画像診断科
担当医　先生　宛

検査予約日

年　　月　　日（　　）

時刻

：

フリガナ		**性別**	**生年月日**
患者氏名			歳
住所	〒		TEL.
受診歴　□無　□有　（羽生総合病院　診察券　№　　）			

臨床診断	
臨床経過 既往歴等	
依頼医 チェック項目	**●保険診療で行う場合、下記①～④に該当しているか確認し、☑をお願いいたします。** ① □ 当院はアルツハイマー治療薬(遺伝子組換え)の最適使用推進ガイドラインの投与施設である。 ② □ 受診者がアルツハイマー治療薬(遺伝子組換え)の最適使用推進ガイドライン投与対象となる患者要件の1.～4.を満たし、アルツハイマー治療薬投与要否のための検査依頼である。□ **※①と②の要件を満たせない場合、羽生総合病院では検査をお受けできません。** ③ □ ビザミル静注とその成分に過敏症歴がない。 ④ □ 妊娠およびその可能性がない。□ **※③と④に該当しない場合、羽生総合病院では検査をお受けできません。**

自立歩行	□可　□車いす　□ストレッチャー	**腎機能障害**	□無　□有
移動、排尿	□介助不要　□要介助　（介助者　□あり　□なし）		
閉所恐怖症	□無　□有	**その他留意点**	
体重	Kg	**支払区分**	□保険　□自費

＊診療用放射線安全利用に関するガイドラインにおいて、以下につき患者様へご説明しご理解を得ることが必要とされています。主治医の先生からご説明をお願いいたします。（ご説明後、☑をお願いいたします）

□ アミロイドPET検査１回当たりの被ばく量は約4.8mSv(ミリシーベルト)になります。

□ 放射線被ばくによる不利益に比べ、検査を行うことにより得られる利益が上回る場合に、当該放射線診療を実施します。

□ 羽生総合病院では、医療被ばく低減のため、関係学会等の策定したガイドライン等を活用して線量を評価し、診療目的や画質等に関しても十分に考慮した上で、最適化を定期的に行っています。

連絡先：羽生総合病院　地域医療サポートセンター（連携担当）
TEL.048-563-1286　FAX.048-562-5857

（2025.04.01）