

紹介元医療機関

所在地

名称

科

電話番号

医師氏名

ふりがな

患者氏名

様

男・女

生年月日

明・大・昭・平・令

年

月

日

歳

連絡先

電話番号

-

-

自宅・勤務先

携帯電話

住所〒

疾患名

認知症 (

)

検査目的

脳のアミロイドβの蓄積の有無評価

その他 (

)

検査結果

CT

MRI

RI

検査の異常 無・有 (

)

※検査当日画像レポートを (可能ならばCD・フィルムなども) ご持参ください。

検査実施日

症状経過・主な検査所見等

既往歴及び家族歴

患者情報

● 体重

kg

● 手術歴

無・有 (

)

● 放射線治療

無・有

● 化学療法

無・有 (

)

● 移動

独歩・車椅子・寝台

● 妊娠

無・有 (

か月)

● 糖尿病

無・有

● 授乳

無・有

● アレルギー

無・有 (

● 感染症

無・有 (

)

● 閉所恐怖症

無・有



KadMedic
医療法人社団 金沢先進医学センター

FAX : 076 - 260 - 8828