

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（ アルツハイマー病 MCI ）
 その他（ _____ ）

検査目的 抗アミロイドβ抗体製剤の投与の適応可否を判断するため
 その他（ _____ ）

検査結果 認知機能評価 MMSE スコア（ _____ ）
 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア（ _____ ）
 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

PET/CT検査同意書も一緒にFAXをお願いします。