

# アミロイドPET/CT検査依頼票(診療情報提供書[様式1])

**FAX送付先: 0476-99-1991**

千葉北総病院医療連携支援センター

お問い合わせ

**TEL: 0476-99-0158**

千葉北総病院PET検査室

依頼元	貴院名		⇒ 変更なければ記載不要	TEL	
	診療科			FAX	
	依頼医師			住所	

患者情報	フリガナ		生年月日:            年    月    日		
	氏名		男	女	
	住所	〒		TEL	
				携帯	

付添者情報	フリガナ		関係:	
	氏名		携帯	

ADL:	自力歩行	杖歩行	車いす	ストレッチャー	30分の静止:	可	不可	
閉所恐怖症:	無	有	難聴:	無	有	酸素:	無	有

## 治療薬の投与要件の確認

当てはまる項目にチェックを入れてください

レケンビ®(レカネマブ)投与における患者および施設の要件を満たしている

ケサンラ®(ドナネマブ)投与における患者および施設の要件を満たしている

## 検査予約日時

※検査は午後のみ ※土日祝を除く  
※入院中は不可

年    月    日 (    )    時    分

貴院での次回外来日(結果説明):

月    日 (    )

結果のFAX:

要    不要