

アミロイドPET/CT検査 問診票（保険診療用）

ふりがな

回答日： 年 月 日

氏名：

身長： cm 体重： kg

生年月日： 年 月 日

次の問いにお答えください

問 1. 主治医にレカネマブまたはドナネマブ治療の内容、安全性に関する説明を受けており、治療を受ける意思がありますか。または、治療後ですか。

はい いいえ 治療後

問 2. 現在服用している薬はありますか。

はい（薬名： ） いいえ

※お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。

問 3. 糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか。

はい いいえ

※「はい」と答えた方のみ、現在の治療に○をつけてください

（ 内服薬 ・ インスリン注射 ・ 食事療法 ・ 未治療 ）

問 4. 心臓のペースメーカー、その他の電子機器が体に入っていますか。

はい いいえ その他（ ）

問 5. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）がありますか。

はい いいえ

問 6. この1年間で特定健診または長寿健診を受診されましたか。

受診した（受診時期： 年 月） ・ 受診していない

⇒異常はありましたか

あり（ ） ・ なし

問 7. 薬やアルコール（酒類）、食品等でアレルギーを起こしたことはありますか。

あり（ ） ・ なし

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。
診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

・マイナンバーカード あり ・ なし

・マイナ保険証による診療情報取得に 同意する ・ 同意しない