アミロイドPET検査　問診票

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢 ＿＿＿＿＿歳

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 性別 男 ・ 女

身長＿＿＿＿＿＿ｃｍ 体重＿＿＿＿＿＿＿ｋｇ

【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。

いいえ ・ はい

【２】 薬・食品のアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい

「はい」の方は具体的にご記入ください

（　　）

【３】 閉所恐怖症はありますか？

いいえ ・ はい

【４】 現在、気になる症状はありますか？

いいえ ・ はい

【５】 手術等により体内に金属が入っていますか？

いいえ ・ はい

「はい」の方は具体的にご記入ください

ステント ・ 人工関節 ・ 人工弁 ・ 脳動脈クリップ

インプラント ・ 入れ歯 ・ カツラ その他（　　）