レカネマブにも初診外来　ＦＡＸ予約申込書・診療情報提供書

神戸市立医療センター中央市民病院患者総合支援センター　FAX078-302-2251　TEL078-302-6031

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関

神戸市立医療センター中央市民病院

名　称：

住　所：

レカネマブ初診外来　　担当医　宛

医師名：

ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：

フリガナ 患者氏名	（　　） 男・女	旧姓（フリガナ）	当院受診歴 １　有　　２　無 患者番号（　　）
生年月日	明・大・昭・平・令・西暦　　年　　月　　日生（　　歳）		
住　　所	〒 電話：（自宅）　　－　　－　　（連絡先）　　－　　－		
診 断 名	アルツハイマー型認知症の疑い		
紹介目的	レカネマブ又はドナネマブ投与適応の精査及び治療		
ＭＭＳＥ	点 ※直近３か月以内の評価	※MMSE は直近３か月以内の評価をお願いします。 ※MMSE20 点以下はレカネマブ又はドナネマブ投与の対象外となります。 脳神経内科又は精神・神経科の初診外来へご紹介下さい。 ※MMSE 未実施の場合も、脳神経内科又は精神・神経科の初診外来へご紹介下さい。	
予約希望日 希望診療科	第１（　　月　　日／　　曜日） 脳神経内科 ／ 精神・神経科 ／ どちらでもよい	第２（　　月　　日／　　曜日） 脳神経内科 ／ 精神・神経科 ／ どちらでもよい	
神戸市認知症診断助成制度	利用している ・ 利用していない	※ご利用されている場合は記載済みの「神戸市認知機能精密検査結果報告書（診断様式第 2-1 号）」も FAX ください。	

※レカネマブ初診外来は脳神経内科及び精神・神経科でそれぞれ行っています。診療科をご指定下さい。指定が無い場合は予約枠が空いている診療科で予約を取らせていただきます。なお、どちらの診療科でも検査及び治療内容は原則、同じとなります。

※受診当日は必ず普段の状態をご存じのご家族と一緒に受診頂くようにお伝えください。

※保険情報は可能な限りご記入願います。（院外処方せん（写）を FAX していただいてもかまいません）

※予約を急がれる場合は上欄までご記入のうえＦＡＸ送信して頂き，後ほど下欄の診療経過等をお知らせください。

予約済みで下欄追記の場合チェックを入れてください。	□ 外来予約申込済み

【病状経過、治療経過、既往歴、および家族歴　など】

【現在の処方】

注１）ＭＲＩを撮影されている場合は画像データもご準備下さい。

注２）貴院のご紹介状に必要事項を記載できる場合は，貴院のご紹介状をお使い頂いて差し支えありません。