

モノクローナル抗体療法（エバシエルド®）予約用診療情報提供書

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院

血液内科
感染症科

↑血液内科疾患をお持ちの方は血液内科へ、
それ以外の方は感染症科へご紹介をお願いします。

担当医宛

名称

住所 〒

医師名：

電話：() -

FAX：() -

フリガナ 患者氏名	() 男・女	神戸市立医療センター中央市民病院受診歴 1 有 2 無 患者番号()	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		
住 所	〒 電話：自宅 () - 連絡先 () -		
※保険情報	本人・家族	【保険者番号】	【記号】 【番号】
	公費負担等	【公費負担番号】	【公費受給者番号】 【負担割合等】
	公費負担等	【公費負担番号】	【公費受給者番号】 【負担割合等】
診 断 名			
紹介目的	モノクローナル抗体療法（エバシエルド）投与		
予約希望日	第1 (月 日 / 曜日)		第2 (月 日 / 曜日)

※保険情報は可能な限りご記入願います。（院外処方箋（写）のFAXでも構いません）

下欄について、ご記入ください。

【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) モノクローナル抗体療法（エバシエルド®）申し込みチェックリストを添付してください。

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。

【受診・注射の流れ】

- ①血液内科疾患がある方は血液内科へそれ以外の方は感染症科へ FAX 予約をお願いいたします。
- ②初回受診時：医師の診察及び適用の最終判断、注射の説明を行います。次回注射日の調整も行います。
- ③注射実施日：診察室で臀部に2か所3mlずつ薬剤を筋注します。

※FAX 予約前に患者さんへ少なくとも2回、中央市民病院への受診が必要になること、保険診療とは別に3,100円（税込み）かかることをご説明下さい。

神戸市立医療センター中央市民病院 地域医療連携センター
FAX078-302-2251 TEL078-302-6031

モノクローナル抗体療法（エバシエルド®）チェックリスト

申込日 年 月 日

（ご担当医様）

- ・ 予約申込書と共に FAX をお願いいたします。
- ・ 受診初回日はご紹介いただいた診療科の医師が診察し、適用の最終判断と薬剤の説明を行います。その時に次回注射のご予約をお取りすることになりますので、少なくとも2回当院を受診していただく必要があります。また、通常の保険診療の医療費とは別に、手技料等として3,100円（税込み）の費用が掛かりますので、その点を患者さんへご説明の上でお申込み下さい。

患者氏名	
適応となる病態	
(1つ以上該当する方が対象です。該当項目にチェックをお願いします。)	
<input type="checkbox"/> 抗体産生不全あるいは複合免疫不全を呈する原発性免疫不全症の患者	
<input type="checkbox"/> B細胞枯渇療法（リツキシマブ・オビヌツズマブ・オフアツムマブ）を受けてから1年以内の患者	
<input type="checkbox"/> ブルトン型チロシンキナーゼ阻害薬（イブルチニブ、アカラブルチニブ、チラブルチニブ）を投与されている患者	
<input type="checkbox"/> キメラ抗原受容体T細胞レシピエント（CAR-T細胞療法後）	
<input type="checkbox"/> 慢性移植片対宿主病を患っている、または別の適応症のために免疫抑制薬を服用している造血細胞移植後レシピエント	
<input type="checkbox"/> 積極的な治療を受けている血液悪性腫瘍の患者	
<input type="checkbox"/> 肺移植レシピエント	
<input type="checkbox"/> 固形臓器移植（肺移植以外）を受けてから1年以内の患者	
<input type="checkbox"/> 急性拒絶反応でT細胞またはB細胞枯渇剤による治療を最近受けた固形臓器移植レシピエント	
<input type="checkbox"/> CD4 Tリンパ球数が50/ μ L未満の未治療のHIV患者	