

診療情報提供書(兼 紹介前チェックシート)

年 月 日

医療機関名

依頼医師

先生

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住 所			(電話番号) — —

《既往歴》

《診断名・症状及び検査目的》

検査予約日: 年 月 日 () 時 分

下記項目の確認をお願いいたします。

該当しない項目ある場合は、通常の一般外来へご紹介をお願いいたします。

- ☐ 1ヶ月以内に行ったMMSE(ミニメンタルステート検査)22点以上
もしくはHDS-R(改訂長谷川子規簡易知能評価)19点以上である
MMSE ____点 / HDS-R ____点 実施日 ____ 年 ____ 月 ____ 日
- ☐ 病歴や診察所見よりアルツハイマー病による軽度認知症もしくはMCI(CDR0.5~1程度)が疑われる
- ☐ 頭部MRI検査を行っている
☐ 未検査
☐ 検査済 検査日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 また下記のレカネマブ禁忌事項に該当しない
・血管原性脳浮腫 ・5個以上の脳微小出血 ・脳表ヘモジデリン沈着症 ・1cmを超える脳出血
- ☐ 当院でのレカネマブ治療について本人・家族が希望している
2週間毎の通院における点滴加療が必要なこと、費用について理解している
- ☐ 検査等の結果、レカネマブ適応とならない場合もあることを本人・家族が理解している
- ☐ 受診時毎回家族同伴可能である