レケンビ投与希望患者 紹介用紙

紹介元医療機関名:

患者氏名：
生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）
脳出血や脳梗塞などの脳血管障害の既往の有無：　□ なし　□ あり （ありの場合の疾患名：　　発症時期：　　年　　月　　日） 上記以外の既往症・既往歴の有無：　□なし　□ あり （ありの場合の疾患名：　　発症時期：　　年　　月　　日）
抗凝固薬・抗血小板薬の内服の有無：　□なし　□あり □ 抗凝固薬（薬品名：　　）　□ 抗血小板薬（薬品名：　　） 抗認知症薬の内服の有無：　□なし　□あり （薬剤名：　　内服開始日：　　年　　月　　日） その他の処方薬の有無：□なし □あり （薬剤名：　　） ※ 処方内容が記載された書類の添付でも可
認知機能障害のスクリーニング検査の実施の有無：□ 未実施　□ 実施済（下記にご記入ください） □ HDS-R（　　点　実施日：　　年　　月　　日） □ MMSE（　　点　実施日：　　年　　月　　日） □ その他（検査名：　　検査結果：　　実施日：　　年　　月　　日）
脳画像検査の実施の有無：□ 未実施 □ 実施済（下記にご記入ください） □ 頭部 CT 検査　□脳 MRI 検査 （施行医療機関：　　施行日：　　年　　月　　日）

ご紹介いただく際には、下記の事項についてご確認・ご記載を お願いいたします 。

【レケンビ投与に関する事前の確認事項】

□ レケンビの対象はアルツハイマー病による軽度認知障害または軽度のアルツハイマー型認知症である

□ 脳MRI検査の施行が可能である

□ 2週間毎に家族ともに投与施設（鶴見病院）へ通院が可能である

□ 治療には高額な医療費がかかる（ただし収入により高額医療制度が利用可能）

□ 検査の結果により、治療をご希望されていてもレケンビによる治療が受けられない場合がある

□ レケンビは認知機能障害を治す薬剤ではなく、脳に蓄積したアミロイドを減らすことで病状の進行を遅くする薬剤である。

□ レケンビを投与中の身体疾患の治療は、引き続き自院（紹介元）で継続する

※当院での各種検査の結果、レケンビによる治療の適応ではなかった場合や適応外の認知症性疾患と診断された場合は、自院（紹介元）での経過観察や認知症の治療を行っていただく可能性がございますのでご了承ください。

大分県厚生連鶴見病院　地域医療連携室　行　　ＴＥＬ：0977-23-7208　ＦＡＸ：0977-23-7219