

# 紹介状 (診療情報提供書・診察予約用)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター  
認知症センター

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

- もの忘れ外来  レカネマブ外来  
※上記希望外来に☑を入れてください。

受診希望日 令和 年 月 日 ( )

担当医師名:	科	印
電話番号:	( )	-
FAX番号:	( )	-
申込担当者:		

フリガナ	受診歴	性別	患者さん予約待ち状況 <input type="checkbox"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 貴医療機関に入院中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏名	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。		
生年月日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日 歳		患者さん来院方法 <input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車イス <input type="radio"/> ストレッチャー
住所	〒 -		

自宅	( ) -	連絡先	( ) -
----	-------	-----	-------

紹介目的	<input type="radio"/> もの忘れの原因精査	<input type="radio"/> 運転免許証更新に係る認知機能検査
	<input type="radio"/> 抗アミロイドβ薬(レカネマブ)による治療	<input type="radio"/> その他 ( )
	レカネマブ治療を希望される方は、以下のすべての項目に該当することをご確認の上、☑をつけレカネマブ外来を予約してください。 1つでも該当しない場合は、もの忘れ外来の受診となります。 <input type="checkbox"/> 40歳~90歳である <input type="checkbox"/> MMSE22点以上 (注)HDS-Rでの評価は、投薬の適応基準に含まれません。 <input type="checkbox"/> 脳出血、脳挫傷、脳動脈瘤の既往がない <input type="checkbox"/> 点滴目的に2週間に1回、当院への通院が可能	

患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて(直接予約日変更時下記予約受付時間での対応となります)	<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。
---	--	--

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Alt + Enter」

添付資料  無  検査データ  CT・MRI画像  その他 ( )

※ FAX予約受付時間(月~金 9:00~18:30 土 9:00~11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です) 受付時間外のお申し込みは、翌業務日以降のお返事となります。※診療科、医師によっては当日のお返事ができない場合があります。

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)