渡辺病院　レケンビ・ケサンラ患者紹介予約申込書

年　　月　　日

地域医療連携室　宛

専用 FAX　0857-20-1151

※ **診療情報提供書と検査データも併せて FAX してください。**

【紹介元医療機関情報】
医療機関名：
担当医師名：
所在地：
電話番号：
FAX 番号：

○記入漏れの無いようにお願いします。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令　年　月　日（　歳）
患者連絡先	（　　）　　－		
住　所	〒　　－		
家族連絡先	氏名（　　）続柄（　　）電話番号（　　）		
転院についての本人・家族の承諾	□あり　□なし　□確認中		
治療希望	□レケンビ治療 □ケサンラ治療	前期治療 開始日・終了日	開始日：　年　月　日 終了日：　年　月　日
投与量	□現在の投与量　（　　）mg □診療情報提供書に書かれている	体重	（　　）kg
開始時の心理検査	MMSE（　）点　CDR（　）点　□診療情報提供書に書かれている ※直近の検査結果は当院予約日にお持ちください。		
来院時の同伴者	同伴者の続柄：（　　） ※初回は 2 名以上（できれば生活状況が分かる人の同伴）で受診をお願いしています。		
助成制度の利用	□あり（　　）□なし	保険情報	□国保　□後期高齢者医療 □その他（　　）
来院時状況	□車の運転　□家族の送迎		
継続中の他科受診	□あり（科名：　　、病名：　　）　□なし		

・投与スケジュール調整に時間を要するため、**転院する 1 か月前まで**に予約 FAX をお願いします。
・前期投与 6 ヶ月時点、後期治療 6 ヶ月毎の時点の MRI、MMSE、CDR 検査は貴院にてお願いしております。その際は受診をお願いさせていただきますので、よろしくお願い致します。
・投与開始までに、一度、当院へ受診していただき、治療説明をさせていただきます。その際は、生活状況が分かる人の同伴で来院をお願いします。

【受付時間】
平日 9：00～17：00
土日、祝祭日、年末年始は休み

【予約に関する問い合わせ先】
渡辺病院　地域医療連携課　徳田　山口桂
TEL：0857-39-1152　　FAX：0857-20-1151