

# レカネマブ FAX 予約申込書

富士市立中央病院 地域医療連携室 FAX0545-53-3708 TEL0545-52-1131

富士市立中央病院  
脳神経内科 河野 優先生 御侍史

紹介元医療機関  
名称:  
住所:  
医師名:  
TEL:  
FAX:

フリガナ 患者氏名		当院受診歴 1 有 2 無	患者 ID
	フリガナ 旧姓 ( ) 男 / 女		
生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日生 ( 歳)		
住所	〒 電話：(自宅) (連絡先)		
診断名	軽度アルツハイマー型認知症の疑い		
紹介目的	レカネマブ投与適応の精査及び治療		
MMSE	点	※MMSEは、直近3ヶ月以内の評価をお願いします。 ※MMSE21点以下は、レカネマブ投与の対象外となります。	
予約 希望日	第1 ( 月 日 / 月曜日のみ)	第2 ( 月 日 / 月曜日のみ)	

※診療情報提供書を添付してください。

※受診当日は、必ず普段の状態をご存じのご家族と一緒に受診していただくようお願い申し上げます。

※保険情報は可能な限りご記入願います。(院外処方箋(写)をFAXしていただいても構いません。)