

診療情報提供書(レケンビ初回依頼用連携票)

年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

鹿児島大学病院内

鹿児島県基幹型認知症疾患医療センター

担当先生侍史

平素より大変お世話になっております。

下記の患者様のレケンビ導入の適応につきご精査いただきたく、ご紹介申し上げます。

患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	(歳)
------	---	-------------------------------------------------------	------	------

住所	電話番号
----	------

現病歴：

1 MMSE(22点以上) 点 (下記項目より失点項目をチェック)

時間の見当識 場所の見当識 即時想起 注意と計算能力 遅延再生

呼称 読字・復唱 言語理解 文章理解 文章構成 図形的能力

CDR(0.5 or 1) 点

2 既往歴(以下の既往歴があればチェック)：

脳梗塞 (年 月頃) 脳出血 (年 月頃)

クモ膜下出血 (年 月頃) 脳動脈瘤 (年 月頃)

TIA (年 月頃) その他()

腰椎疾患 てんかん

3 家族歴(認知症について)： あり () なし 不明

4 処方薬(あれば記載)

5 (MRIを撮影している場合) 微小出血(SWIorT2*で5か所以上) あり なし 撮像日：

6 治療や検査についての説明・同意書： 取得済み 取得なし パンフレットを渡す

7 レケンビ投与開始後6ヶ月以降の自院での継続投与の可否 可能 不可能 未定