

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 ☐ 男 ☐ 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

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