【DMT メモリー外来病診連携】

（アルツハイマー病疾患修飾薬特別外来）

診 療 申 込 書 兼 紹 介 状

（あて先）名市大 西部医療センター
地域医療連携センター
FAX 番号　（052）856−0049

申込医療機関

医療機関名:　　担当医師:　　先生

TEL：　　FAX：　　依頼日：　　年　　月　　日

【紹介項目】

投与患者の選択基準

下記の４つのチェックボックスをすべて満たされた方

□年齢（50 歳～90 歳）

□HDS-R（22 点以上）または MMSE（22～30 点）

□日常生活に支障はなく、もの忘れの自覚症状はあるが検査では異常がない状態

□ご本人が疾患修飾薬の治療に前向きな姿勢である

（2 週間に 1 回の点滴治療のために通院可能であり、原則、独居ではないこと）

もしくは

名古屋市もの忘れ検診にて認知症の疑いがある方

※ただし、HDS-R 21 点以下は対象外となります。

※当日もの忘れ検診の結果（HDS-R、DASC-21）を持参してください。

【受診時のお願い】ご家族同伴のうえでお越しください。

フリガナ 患者氏名 連絡先：　　－　　－	男 女	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年　　月　　日
住所　〒　　－		

希望日（毎週水曜日 午後 1:00, 2:30, 4:00）【 第１：　／　（　　）　第２：　／　（　　）】

«西部医療センターからの予約日時の回答がありましたら、下記に記載して患者様にお渡しください»

---------- きりとり ----------

＜ 予 約 票 ＞

診察券番号【　　】　　予約診療科【　DMT メモリー外来　】

予約日時【　　月　　日（　　）　　時　　分】　西部医療スタッフ名【　　】

【患者様へ】◆予約時間の３０分前に１階①番地域医療連携窓口へお越しください。

※予約時間が 9 時 00 分の場合は 8 時 45 分にお越しください。

◆名古屋市もの忘れ検診を受診された方は、検診結果を持参してください。

◆ご家族同伴のうえでお越しください。

◆キャンセル・変更は本人・ご家族様より地域医療連携センターにご連絡ください。

西部医療センター地域医療連携センター直通　０５２－９９１－８１４５