

【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	男	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和
患者氏名	女	年 月 日
連絡先: - -		
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お返事がありましたら、下記に記載して患者様にお渡しください»

きりと

< 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

(受付時間 平日 8:45~17:15)