令和　　年　　月　　日

レカネマブ継続投与開始連絡票

|  |
| --- |
| 送付先　名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課  Email：a2280@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp　FAX：０５２－９５５－３３６７ |

【回答者について】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名・医療機関名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
|  |  | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

Q1　開始時期についてお答えください。

Q2　市ホームページで継続投与に対応している医療機関の情報（医療機関名、住所、電話番号）を公表します。市が公表することについて同意しますか。

* 1．同意する
* 2．同意しない

Q3　貴院の回答内容を市内の認知症疾患医療センターに情報提供することに同意しますか。

* 1．同意する
* 2．同意しない

Q4　その他備考欄