令和　　年　　月　　日

レカネマブ初回投与開始連絡票

|  |
| --- |
| 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　投与開始時期についてお答えください。

Q2　新規患者の受入にあたって制限がある場合、こちらにご記入ください。

（例：かかりつけ医からの紹介状がある場合のみ対応、既に当院に受診したことがある方のみなど）

Q3　市ホームページで「初回投与」に対応し、レカネマブ投与を希望する新規患者の受入を行っ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

Q4　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

厚生労働省「最適使用推進ガイドライン」において、初回投与に際して必要な体制として「認知症疾患医療センターと連携がとれる施設で実施すること」とされております。認知症疾患医療センターとの連携にあたっては、市公式ウェブサイト「認知症の専門医療機関」のページに掲載の「（参考様式）レカネマブに関する連携協定書」を必要に応じてご活用ください。