（認知症疾患医療センター名）　御中

様式

**認知症抗体医薬（レカネマブ・ドナネマブ）**

**投与対応開始　連絡票**

以下のとおり、治療の体制が整ったので連絡します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関名** |  | |
| **住所** |  | |
| **電話番号** |  | |
| **担当部署名** |  | **内線：** |
| **担当者名** |  | |

（該当するものに ✔ をつけてください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **受診に当たってのお願い(※１)** | **DMT掲示板（※２）での情報掲載について** |
| **レカネマブ**  **（レケンビ®点滴静注）** | **初回** |  | 同意する  同意しない |
| **継続** |  | 同意する  同意しない |
| **ドナネマブ**  **（ケサンラ®点滴静注）** | **初回** |  | 同意する  同意しない |
| **継続** |  | 同意する  同意しない |

※1「他医療機関からの診療情報提供書が必要です」等、本人・家族等に貴院を紹介するときの留意点を記載ください。

※2「認知症抗体医薬（レカネマブ・ドナネマブ）による治療を実施している都内の医療機関」として掲載されることについて