

レカネマブ外来 紹介前チェックシート

患者氏名 _____

記載者 _____

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ☐ およそ 1 ヶ月以内の MMSE（ミニメンタルステート検査）が 22 点以上
もしくは HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価）が 19 点以上である。
☐ MMSE ☐ HDS-R _____ 点 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ☐ MRI が撮像可能である。
☐ 3T 対応可能 ☐ 1.5T 限定 ☐ 可能だが詳細不明
- ☐ 病歴や診察所見に加えて、頭部 MRI もしくは CT 検査で
アルツハイマー病による軽度認知症もしくは MCI（CDR 0.5～1 程度）が疑われる。
※ MCI 外来の予約に MRI 検査は必須ではありませんが、MRI を施行済の際には下記項目をご参照ください。
判定不明の場合には、当院にて改めて検査いたします。
☐ MRI 検査が施行済みの場合は、以下のレカネマブ禁忌事項に該当しない。
（血管原性脳浮腫、5 個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症、または 1 cm を超える脳出血）
- ☐ 当院でのレカネマブ治療について本人・家族が希望している。
- ☐ 検査等の結果、レカネマブが適応とならないこともありうる点を患者・家族が理解している。
- ☐ 受診の際に家族が毎回同伴可能である。



こちらのチェックボックスの全てが ☒ となっていることを確認してください。

該当しない項目がある場合には、通常の一般外来に予約をお願いします。

紹介状の事前 FAX の際に、この用紙を合わせて送付して下さい。不備がある場合、予約を変更させて頂くことがあります。

順天堂大学医学部附属静岡病院