

AD 抗体療法紹介事前チェックシート

レカネマブ、ドナネマブによるアルツハイマー病抗体療法は軽度認知障害(MCI)または軽度認知症レベルの早期アルツハイマー病患者さんにのみ適応となっております。また、原則として初診から治療導入後しばらくの間、ご家族・介護者の同伴が必要になります。

以下の2項目をすべて満たすことが、治療適応基準に相当することをご了承ください。

患者さんはほぼ自立した生活が可能である(中等度、高度の認知症ではない)

※参考)以下の認知症生活レベルに相当する場合は治療対象とならない場合があります。

中等度の認知症の生活レベル:

- 介助なしでは状況に応じた適切な洋服を選ぶことができない
- 入浴時になだめすかして説得することが必要なこともある
- 金銭管理が難しくなる
- (主婦、主夫の場合)食事の支度が難しくなる

やや高度の認知症の生活レベル:

- 着衣が一人でできない
- トイレの排泄で失敗する
- 入浴に介助を要する

患者さんの通院に同伴する家族または介護者がいる

もし実施されていたら、簡易認知テスト(長谷川式または MMSE)のスコアをご記入ください。

未実施でも構いません。

長谷川式 点 (実施日 年 月 日)

MMSE 点 (実施日 年 月 日)

未実施

患者様氏名 _____ 生年月日 _____

ご紹介元医療機関名 _____

ご紹介時は、本用紙も FAX 送信してください。