

年 月 日

北海道大学病院 軽度認知障害センター初診予約申し込み書

北海道大学病院 医事課 初診予約担当 行 < 紹介元医療機関 >  
FAX : 011-706-7963 医療機関名 :  
TEL : 011-706-6037 住所 :  
受付時間 : 平日 8:30~16:30 診療科・医師名 :  
電話番号 :  
FAX 番号 :  
ご担当者名 :

[軽度認知障害センター予約申込の流れと注意事項]

1. 本紙に必要な事項をチェックリストも含めて全て記入願います。
2. 外来での精査は約4回の通院により行われます。また、入院精査希望の場合には北大病院もの忘れ検査入院の枠組みで対応となります。
3. 本センターでは現在、新規抗体医薬の適応評価を目的として診療を行います。そのため、受診前チェックリストを全て満たしていることを事前にご確認いただいた上でご紹介をお願いいたします。その他の資料送付は原則として紹介時不要です。(必要があればご連絡いたします)。
4. 予約日時については受け付け後にご紹介元医療機関を通してご連絡します。
5. 予約が成立した場合は患者さん宅に事前に書類が送付され、記載いただく旨をお伝えください。

[患者情報記載欄]

患者氏名・ふりがな \_\_\_\_\_ 性別  
男・女 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_  
自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

保険情報等  生保 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_  
西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 才 ) \_\_\_\_\_

ご都合の悪い日時があれば記載ください。 \_\_\_\_\_

検査について  外来を希望  入院を希望 \_\_\_\_\_

患者は別紙受診前チェックリストを全て満たす状態である  \_\_\_\_\_

## 軽度認知障害(MCI)センター 受診前チェックリスト

- 患者は成人しています。
- 患者は日本語によるコミュニケーションが可能であり通訳を介さず診察および検査を施行することができます。
- 患者は、以下のいずれかが当てはまる状態です。
  - ・ 今までに軽度認知障害、あるいは初期のアルツハイマー型認知症と診断されています。
- 患者は現在、排泄、整容、入浴、簡単な料理、掃除、洗濯、自宅周囲の散歩、徒歩での買い物などの日常生活に必要なことを全て、自分一人で行っています。
- 患者は過去1年以内に脳梗塞あるいは脳卒中と診断されたことはありません。
- 患者は今まで、脳出血と診断されたことはありません。
- 患者は体内にペースメーカー、埋め込み型除細動器、人工内耳、深部刺激療法、バクロフェン髄注療法などの、MRI撮像に手続きが必要な機器はありません。
- 患者には、同居しているか、頻回に会うことができ、診察や治療に関する説明に立ち会い、患者による方針決定が不可能な時、代わって意思決定が可能な成人のキーパーソンがいます。
- 患者は軽度認知障害及び、初期のアルツハイマー型認知症に対し、進行抑制効果のある抗体医薬の投与に興味があり、自分がその投与対象となる場合は積極的に検討したいと考えています。
- 患者は検査や治療のために、病院からの指示に応じ、1か月に複数回のペースで半年かそれ以上の期間、北大病院まで通院し続けることができます。
- 患者が抗体医薬の対象ではなかった場合、従来薬などによる治療やフォローアップ、担当医からの指示に応じ、軽度認知障害センター初診予約申し込み書を記載した、かかりつけ医療機関において行うことを保証します。