**アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に関する連絡票**

以下のとおり、治療の実施体制が整ったので連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名※** |  |
| **代表者名** |  |
| **所在地※** |  |
| **電話番号※** | **（　　　　）　　　　－** |
| **担当部署名** |  | **内線：** |
| **担当者名** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **連携する認知症疾患医療センター名** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **レカネマブ（レケンビ®点滴静注）** | [ ] **初回**[ ] **継続** |
| **ドナネマブ（ケサンラ®点滴静注）** | [ ] **初回**[ ] **継続** |

（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（留意事項）※**

|  |  |
| --- | --- |
| **初回** | **継続** |
|  |  |

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

**○ホームページ等での情報掲載について**

　「認知症疾患修飾薬（抗アミロイドβ抗体薬）による治療を実施している医療機関」として公表されることについて

**□同意する　・　□同意しない**

（どちらかに ✔ をつけてください。）

※印のある「医療機関名、所在地、電話番号」「受診に当たってのお願い」をホームページへ掲載予定です。

**提出先**

**【北海道内（札幌市内を除く）の医療機関】**

　北海道 保健福祉部 福祉局 高齢者保健福祉課 地域支援係

　〒060-8588　札幌市中央区北３条西６丁目

　　TEL：011-231-4111（内線25-654）

　　FAX：011-232-8308

　　E-mail：hofuku.kouhuku1@pref.hokkaido.lg.jp

　　　　　　（課の代表メール）

**【札幌市内の医療機関】**

　札幌市 保健福祉局 高齢保健福祉部 介護保険課 認知症支援担当係

　〒060-8611　札幌市中央区北1条西2丁目　札幌市役所本庁舎3階

　　TEL：011-211-2547

　　FAX：011-218-5117

　　E-mail：ninchishoshien@city.sapporo.jp