ドナネマブ治療に関する紹介時情報シート(基本情報)

氏名	生年月日	A.治療導入病院	ID
群大　太郎	1949/5/31	群馬大学医学部附属病院	ID：00000000
		池田　佳生	電話　027-220-8047
診断名		B.維持投与医療機関	FAX
MCI　軽度認知症		（医療機関名）	電話
		（担当医）	FAX

どちらかに○をつけてください

緊急連絡先①（通院付き添い者）	
氏名	群大　花子　（続柄　妻　）
電話番号	000-0000-0000（携帯）/000-000-0000（自宅）
緊急連絡先②	
氏名	前橋　一子　（続柄　長女　）
電話番号	YYY-YYYY-YYYY
保険・自己負担割合	＊自立支援医療通院
後期高齢者　1割	あり・なし

生活状況
妻と二人暮らし。通院は妻が毎回付き添い。妻が来院できない時は近所に住んでいる義妹が付き添いされたこともある。長男家族はC県在住、長期休暇は必ず家族で帰省している。長女夫婦はD市在住だが、仕事が多忙であり頻繁には訪問できないとのこと。電話での連絡は頻繁に行っている。
通院や銀行の手続きなどは妻と一緒に行わないと難しい点があるが、その他のIADLは自立。運転もしているが、主治医より近隣程度にとどめるよう説明されている。
グランドゴルフを週2回町内の友人と続けているが、最近は膝関節症による疼痛があり、休みがち。社会参加の機会を確保するためにも、見学だけでも行ってみるよう勧めた。居住地自治体主催の認知症カフェのご案内も行い、機会があれば行ってみたい、とのこと。
また、膝関節症のリハビリのために介護サービスによる通所リハビリを週1回利用している（主治医意見書はZ整形外科医院記載）。

かかりつけ医
X内科医院：糖尿病、高血圧症　/　Y眼科クリニック：白内障術後　/Z整形外科医院：左膝関節症

介護認定申請有無	担当ケアマネジャー：　介護　保太郎	利用しているサービス
要介護1	事業所（　ケアプラン123　）連絡先（000-000-0000　）	通所リハビリ　週1回
神経心理検査点数	初回（　2025年9月15日実施）　MMSE　27/30　GlobalCDR　0.5　Sum of Boxes 1.5	
	2回目（2026年4月2日実施）　MMSE　27/30　GlobalCDR　0.5　Sum of Boxes 1.5	

初回投与日が入力されると自動的に投与予定月日が入力されます。

ドナネマブ初回投与日	身長	体重（　月　日測定）
2025年10月8日	cm	Kg

A病院での直近投与時バイタルサインズ　血圧：　/　mmHg　脈拍：　回/分　体温：　℃　SpO2：　%

＊維持投与機関での点滴投与実施日について記載し、初期導入機関での検査受診時に返送をお願いします。

＊自立支援医療通院ありの場合は医療機関の追加についてご案内をお願いします。

＊画像検査CD-ROM添付　あり・なし　神経心理検査写し添付　あり・なし

＊高額療養費制度をご利用の患者様の月途中での医療機関の移行については、一時的に自己負担が高額になる可能性をご説明ください。

＊限度額多数回該当の引継ぎおよび点滴投与前の事前受診の必要性については、適宜フォローアップ機関とご相談ください。

連携担当者　氏名

連絡先

ドナネマブ投与経過1（初回から12か月まで）

投与回数	投与予定年月	投与実施日	詳細（副反応などの有無）	A病院での検査予定な
1	2025/10/8	2025/10/8	投与夕方38.2℃の発熱、解熱鎮痛剤内服	
2	2025/11/5	2025/11/5	投与夕方37.6℃の発熱、解熱鎮痛剤内服	頭部MRI（11月1日実施） ARIA-E出現あり。画像上軽症判定、自覚症状く、本人、家族と相談のうえ、継続投与
3	2025/12/3	2025/12/3		頭部MRI（11月29日実施）
4	2025/12/31	2026/1/5	祝日のため予定変更、発熱なし	頭部MRI（12月27日実施） ARIA―E消失
5	2026/1/28	2026/2/2	副作用なし	
6	2026/2/25	2026/3/2	↓	頭部MRI（2月28日実施） 異常所見なし 心理検査（2月28日実施）
7	2026/3/25	2026/3/30		
8	2026/4/22			
9	2026/5/20			
10	2026/6/17			
11	2026/7/15			
12	2026/8/12			
13	2026/9/9			頭部MRI（　月　日実施） 心理検査（　月　日実施） MMSE　/30　CDR= アミロイドPET（　月　日実施

4週ごとの日付が自動入力されます。修正するとその後も4週ごとの日付が入力されます。

投与回数もそのセルを修正すると自動で修正されていきます。

可能であればフォローアップ施設での投与実施日とご様子を記入して。治療導入病院へご返信ください。

フォローアップ施設記載項目

【その他、特記事項（患者様・ご家族のご様子について自由記載）】

受診時は妻が付き添い来院。妻が心不全にて一時入院していた際には長女の夫が同伴された。妻入院中も長女夫婦が交代で様子を見に行き、食事の差し入れなどすることで一人で自宅過ごせた。妻入院中からデイサービスを週2回追加することとし、現在はより安心して自宅で過ごせている。妻は現在順調に回復し、日常生活に支障はないが、家事支援のためヘルパーを利用開始している（妻は要支援2、ご本人と同じケアマネジャーが担当されている。）

初回導入施設記載項目

神経心理検査	3回目（　年　月　日実施）　MMSE　/30　GlobalCDR　Sum of Boxes

【患者様のADLの変化について】　改善・維持・悪化　＊いずれかに○

【その他、特記事項（患者様・ご家族のご様子について自由記載）】

ドナネマブ投与経過2（12か月～18か月）

投与回数	投与予定年月	投与実施日	詳細（副反応などの有無）	A病院での検査予定など
14	2026/10/7			
15	2026/11/4			
16	2026/12/2			
17	2026/12/30			
18	2027/1/27			
19	2027/2/24			
20	2027/3/24			
21	2027/4/21			頭部MRI（　月　日実施） 心理検査（　月　日実施） MMSE　/30　CDR=

フォローアップ施設記載項目

【その他、特記事項（患者様・ご家族のご様子について自由記載）】

初回導入施設記載項目

神経心理検査	4回目（　年　月　日実施）　MMSE　/30　GlobalCDR　Sum of Boxes

【患者様のADLの変化について】　改善・維持・悪化　＊いずれかに○

【その他、特記事項（患者様・ご家族のご様子について自由記載）】