**抗体カクテル療法申し込みチェックリスト**

申込日　　　年　　　月　　　日

（ご担当医様）

　・申込書と共にFAXをお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 発症日 | 　　月　　　日（　　　） | ※原則として、発症から7日以内に投与することとされています。投与希望日にご注意下さい。 |
| 投与希望日（第１希望） | 　　月　　　日（　　　） |
| 投与希望日（第２希望） | 　　月　　　日（　　　） |
| 酸素投与を要しない | □　該当（酸素投与を要する方は対象外となります。） |
| 重症化リスク因子（1つ以上該当する方が対象です。該当項目にチェックをお願いします。）□ 50歳以上□ 肥満（BMI 30Kg/m2以上）□ 心血管疾患（高血圧を含む）□ 慢性肺疾患（喘息を含む）□ 1型または2型糖尿病　□ 慢性腎障害（透析患者を含む）□ 慢性肝疾患□ 免疫抑制状態（悪性腫瘍治療、骨髄または臓器移植、コントロール不良のHIV/AIDS、免疫抑制剤の長期投与、その他の免疫不全等）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者説明 | □　済　（必要書類交付済） |
| 来院方法 | □　自家用車等　　□　その他（　　　　　　　　　　　　）※来院及び帰宅方法については事前に患者様とご相談ください。 |