

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、 <u>発症から7日以内</u> 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	<input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 50歳以上 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30Kg/m ² 以上) <input type="checkbox"/> 心血管疾患 (高血圧を含む) <input type="checkbox"/> 慢性肺疾患 (喘息を含む) <input type="checkbox"/> 1型または2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎障害 (透析患者を含む) <input type="checkbox"/> 慢性肝疾患 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 ()		
患者説明	<input type="checkbox"/> 済 (必要書類交付済)	
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車等 <input type="checkbox"/> 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。	