

医師の方向け 事例報告のお願い

医師の方への事例募集では、抗認知症薬の増量による副作用のご報告をお願いしています。

調査対象は、

■アリセプト ①5mg になったとき	■リバスタッチパッチ・イクセロンパッチ ③9mg になったとき ④13.5mg になったとき ⑤18mg になったとき
■レミニール ②8+8mg になったとき	■メマリー ⑥10mg になったとき ⑦15mg になったとき ⑧20mg になったとき

の8つのケースで副作用が出た場合です。

※アリセプトが10mg になったとき、レミニールが12+12mg になったときは強制増量規定ではないので、副作用が出たとしても調査対象外です。

この結果に関しましては、厚生労働省によりよい認知症医療を提言していくための資料にさせていただきます。資料の信ぴょう性を期すために実名でのご回答をお願いいたします。

なお、ご芳名に関しては、個人情報保護法に基づき公表することはございませんのでご安心ください。また、当法人ホームページ系指示は、薬品名は一般名とします。

一般社団法人 抗認知症薬の適量処方を実現する会

医師の方向け 事例報告用紙①

個人情報の取り扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する
---------------	-------------------------------

※当法人 HP 掲載の「個人情報の取り扱いについて」をご参照ください。

先生のお名前【必須】			
姓		名	
姓（フリガナ）		名（フリガナ）	

以下のご住所は先生の ご自宅 勤務先

郵便番号【必須】		都道府県【必須】	
ご住所【必須】			
建物名			
医療機関名		先生のご専門【必須】	

以下のお電話番号は先生の ご自宅 勤務先

連絡先 TEL【必須】		連絡先 FAX	
-------------	--	---------	--

以下のメールアドレスは先生の ご自宅 勤務先

連絡先 E-mail【必須】		@	
----------------	--	---	--

※携帯電話のアドレス（docomo.ne.jp 等）は送信エラーとなる場合がありますので、できる限りパソコンのアドレスをご記入ください。

会員区分【必須】	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 当法人の会員ではない	
掲載に関して【必須】	<input type="checkbox"/> 匿名なら掲載可 <input type="checkbox"/> 匿名でも掲載不可	「匿名でも不可」となっている場合、「匿名での掲載」をお願いすることもあります。掲載させていただく場合、こちらで一部表現を変えさせていただく場合がございます。その際には必ずご連絡を差し上げますので、あらかじめご了承ください。

全2枚 1枚目 FAX 番号 03-3206-1536

医師の方向け 事例報告用紙②

記載される事例のケース【必須】 (<input type="checkbox"/> をチェックしてください。複数可)		先生のお名前【必須】	
アリセプト	<input type="checkbox"/> 5mg になったとき		
レミニール	<input type="checkbox"/> 8+8mg になったとき		
リバスタッチパッチ イクセロンパッチ	<input type="checkbox"/> 9mg になったとき	<input type="checkbox"/> 13.5mg になったとき	<input type="checkbox"/> 18mg になったとき
メマリー	<input type="checkbox"/> 10mg になったとき	<input type="checkbox"/> 15mg になったとき	<input type="checkbox"/> 20mg になったとき
<input type="checkbox"/> その他			

患者さんに関して【必須】	性別	患者さんの居住地 (都道府県)		患者さんの 現在の年齢【必須】	歳
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				

前医が いる場合	前の病院 での診断				
	前の病院 での処方				
初診時の症状、 患者さんの年齢など					
先生ご自身の診断		<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症（ピック病） <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症（意味性認知症）	<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他		
先生ご自身の処方					
経過					
抗認知症薬の増量に 関するご意見					

全2枚 2枚目 FAX 番号 03-3206-1536