

# コ・メディカル 介護職 患者さんご家族向け 事例報告医用紙①

個人情報の取り扱いについて【必須】	<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。

ご記入者様 氏名【必須】			
姓		名	
姓（フリガナ）		名（フリガナ）	

以下のご住所はご記入者様の 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			
所属先（団体名）		部署	役職

以下の電話番号はご記入者様の ご自宅 勤務先

以下のFAX番号はご記入者様の 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ご記入者様の ご自宅 勤務先

E-mail	@
--------	---

※携帯電話のメールアドレス（docomo.ne.jp）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。

ご記入者様のご職業など【必須】	<input type="checkbox"/> 患者さんご家族 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介護関係者	<input type="checkbox"/> 具体的にお書きください
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"/> 匿名でも掲載可 <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**

## コ・メディカル 介護職 患者さんご家族向け 事例報告医用紙②

ご記入者様 お名前【必須】	
---------------	--

患者さんに関して 【必須】	性別		患者さんの居住地 (都道府県名)	患者さんの 現在の年齢	歳
	□男性	□女性			
症状					
医療機関での診断	<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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		
医療機関での処方					
経過					
抗認知症薬を増量された時期、その量					
副作用と思われる症状が出たため、その旨を医師に伝えたときの反応					
その後の経過、現在のご様子					