ロナプリーブ点滴静注セット投与依頼チェックシート

送信日　　　　　年　　　　月　　　　日

病院・診療所の名称

病院・診療所の電話番号（　　　）　　　－　　　　　FAX番号（　　　）　　　－

医師名

当該者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　当該者フリガナ

生年月日　　　　年　　　月　　　　日　　　性別　　☐男性　・　[ ] 女性　　年齢　　　　歳

当該者住所

1. 当該者の電話番号（　　　　）　　　　－　　　　　　（必ず連絡が取れる電話番号を記載して下さい）
2. 当該者の電話番号（　　　　）　　　　－　　　　　（①以外で連絡が取れる電話番号を記載して下さい）

**当該者の状況を下記へチェックしてください。**

* 適応症：SARS-CoV-２による感染症である。
* 酸素投与を要しない患者である。
* 無症状ではない。
* 症状発現から ７ 日目以内である。*＊症状発現８日目以降は本剤を投与できません。*

症状発現時期 　 　　年　　　　月　　　　　日 症状発現 ＊検査陽性日ではありません。

**－　重症化リスク因子　―　＊　投与には１つ以上の重症化リスク因子が条件となっています。**

* 50歳以上　　　　　　　　 　　□　肥満（BMI 30 kg/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型又は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（例.悪性腫瘍治療、骨髄又は臓器移植、免疫抑制剤の長期投与など）

＊当日の診察により、入院又は投与が中止される場合があります。

**重要：来院方法及びお帰りの方法を必ず確認して記載して下さい。**

来院方法　　　□家族など近親者の車　□送迎タクシー　□患者自身の車　□その他（　　　　　　　　　）

お帰りの方法　□家族など近親者の車　□送迎タクシー　□患者自身の車　□その他（　　　　　　　　　）

問い合わせ先　帝京大学ちば総合医療センター地域医療連携室

TEL　０４３６－６２－１３３１　　　　FAX　０４３６－６２－００２５

業務時間　平日　８：３０～１７：００　土曜　８：３０～１２：３０