

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 ()