

診療情報提供書（ゼビュディ用）

独立行政法人国立病院機構南岡山医療センター

担当医 先生

TEL：086-482-3031 FAX：086-482-3051

紹介元医療機関名：

住 所：

電話番号：

※該当する□に☑してください

医師氏名：

患者情報	患 (フリガナ) 氏 名	(HER-SYS ID :)		発症日： 月 日
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 () 歳		検体採取： 月 日
	住 所			
	電話番号	本人/家族（続柄：)		
	ワクチン 接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ① 年 月 日② 年 月 日 ③ 年 月 日	SpO2 ADL	% (RA) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> その他 ()

【中和抗体薬投与 紹介理由（重症化リスク因子）】

<input type="checkbox"/> 年齢（55歳以上）	<input type="checkbox"/> 慢性腎障害 / <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病	
<input type="checkbox"/> 肥満（BMI 30kg/m ² 以上）	<input type="checkbox"/> 薬物治療を要する糖尿病 / <input type="checkbox"/> 2型糖尿病	
<input type="checkbox"/> 心血管疾患（高血圧を含む）	<input type="checkbox"/> うっ血性心不全（NYHA 分類 class II 以上）	
<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎、慢性閉塞性肺疾患又は労作時の呼吸困難を伴う肺気腫）		
<input type="checkbox"/> 中等症から重症の喘息		
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症
<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 固形臓器移植後の免疫不全	<input type="checkbox"/> 妊娠後期

傷病名：COVID-19	紹介目的：中和抗体薬の投与
検査方法： <input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査（定性・定量） <input type="checkbox"/> その他 ()	
既往歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
平素よりお世話になっております。上記患者様はゼビュディ（ソトロビマブ）投与の適応であると考えられますので、ご高診御加療のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。	
<input type="checkbox"/> 最終的な中和抗体薬投与の判断は投与機関にあり、必ずしも投与されるとは限らない点・病状経過によっては入院への切替ないし入院期間延長の可能性のある点はお伝えしております。	
<input type="checkbox"/> この紹介を行うこと及び貴院から連絡があることは、ご本人・ご家族の同意を得ております。	
現在の処方：	
備考：	