

# モディオダール処方 事前チェック項目

下記内容をご記入のうえ、FAX または郵送にて当院までお送り下さい

## 【1】 貴院情報

医療機関名 \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

## 【2】 カルテに登録する際の患者情報

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

## 【3】 確定診断の医療機関等の情報

実施医療機関名( \_\_\_\_\_ ) 検査日( \_\_\_\_\_ )

確定診断名(ナルコレプシー ・ 特発性過眠症 ・ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群)

※検査データがありましたら、検査データの添付もお願いします。

※当院で検査、確定診断されている場合は必要ありません。

## 【4】 モディオダール服用歴

いつから服用しているのか、どのような症状があるか、現在の状態 など

## 【5】 その他服薬情報

モディオダールとの兼ね合いを確認するため、その他疾患の服用情報の記載をお願いします。(薬剤情報添付可)

◎対象となる患者1人1人の情報が必要となります

◎上記内容を確定診断医師が確認後、推薦ID発行可否のお返事をさせていただきます