

# CPMSチェックリスト

## 転院元医療機関 必要事項チェック用

### 目次

- ◎ チェックリスト③ **転院**(転院元用)
- ◎ 参考:eCPMS入力画面① **登録票**
- ◎ 参考:eCPMS入力画面② **報告書**

# チェックリスト③ 転院(転院元用)

ステップ

- ① 転院先医療機関へ連絡し、患者情報の引き継ぎと来院日の決定を行う
- ② 最後の検査日にeCPMSで転院の報告を行う

転院時の引き継ぎ内容・eCPMSの報告のポイント		引き継ぎ内容	チェック		
転院先へ連絡し引き継ぐ患者情報	患者イニシャル(姓・名)	姓:            名:			
	性別	男            女			
	血液型	A            B            O            AB			
	生年月日	西暦            年            月            日			
転院先へ必ず引き継ぐ内容	<b>治療抵抗性を示した前治療薬2種類以上</b> ……反応性不良と耐容性不良のどちらか一方または両方  <input type="checkbox"/> 反応性不良の場合 ・薬剤名(1種類以上非定型) ・投与量 ・CPZ換算量(一部自動計算)  <input type="checkbox"/> 耐容性不良の場合 ・薬剤名(非定型) ・副作用の内容	反応性不良	薬剤名		
		抗精神病薬1	投与量	mg/日	
			CPZ換算量	mg/日	
		反応性不良	薬剤名		
			投与量	mg/日	
		CPZ換算量	mg/日		
	耐容性不良	薬剤名			
		副作用			
	非定型抗精神病薬1	副作用			
		副作用			
転院先と話し合い、必要な場合引き継ぐ内容	次回検査期限 ……直近の報告書参照		西暦            年            月            日		
	転院先医療機関と相談の上、転院先への来院日(次回検査予定日・初めての投与日)を決定させる		西暦            年            月            日		
	直近の検査実施日		西暦            年            月            日		
	直近の白血球数 (4000/mm3以上)			/mm3	
	直近の好中球数 (2000/mm3以上)			% or /mm3	
	直近の血糖値(空腹時または随時)	血糖値・HbA1cの検査実施日は、白血球数・好中球数と異なる日でも可	空腹時・随時	mg/dL	
	直近のHbA1c(NGSP値)			%	
	糖尿病内科医との相談の有無(プロトコールCの場合)		有            無		
	eCPMS入力項目(最後の検査日)	【クロザリル処方】は「転院」にチェックを入れ、コメント欄に転院先等を記入する			
		【投与日数】は、転院先医療機関への来院日(次回検査予定日)までの分である(上限は次回検査期限日までの日数分)		日分	

※最後の検査報告については、その他「検査実施日」「検査値」など、通常通りの項目が必要です。

報告書番号0000:登録票

<p>CPMS 患者登録</p> <p>【ログアウト】 【調査テーマ選択】 【機能選択メニュー】</p>		
<p>【登録要請患者】</p>		
患者イニシヤル	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>	
患者名等	<input type="text"/>	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	
生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
クロナリル治療歴	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(転院) <input type="checkbox"/> 再登録 旧患者登録番号 <input type="text"/>	
<p>【血液検査結果】</p>		
検査実施日	2015年 12月 17日	
白血球数	<input type="text"/> /mm <sup>3</sup>	
好中球数	<input type="text"/> × <input type="button" value="計算"/> → 実数値 <input type="text"/> /mm <sup>3</sup>	
血糖値の測定時	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時	
血糖値	<input type="text"/> mg/dL	
HbA1c(NGSP値)	<input type="text"/> %	
内科医との相談	<input type="checkbox"/> 有	
<p>【同意の取得】</p>		
同意の取得	<input type="checkbox"/> はい	
同意日	2015年 12月 17日	
<p>本剤は以下の反応性不良又は耐容性不良の基準のうち、どちらかを満たす治療抵抗性統合失調症の患者のみに投与することができる</p> <p>治療抵抗性統合失調症と判定した理由を以下に入力してください。</p>		
<p>【反応性不良】</p>		
反応性不良	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<p>反応性不良を示した抗精神病薬を2つ以上(1種類以上の非定型抗精神病薬を含む)並び、投与量(CPZ換算600mg/日以上)を入力してください。                  【薬剤名】項目にて「定型抗精神病薬」を選択した場合は、1剤以上の定型抗精神病薬で1年以上の治療歴があり、うち当該定型抗精神病薬がCPZ換算600mg/日以上で4週間以上使用した経歴がある薬剤名を、【その他の薬剤名】に入力してください。(*:CPZ: chlorpromazine)</p>		
抗精神病薬1	薬剤名	<input type="text"/>
	その他の薬剤名	<input type="text"/>
	投与量	<input type="text"/> mg/日 以上を4週間以上使用
抗精神病薬2	薬剤名	<input type="text"/>
	その他の薬剤名	<input type="text"/>
	投与量	<input type="text"/> mg/日 以上を4週間以上使用
<p>入力欄が足りない場合は、「入力フォームの追加」ボタンをクリックして入力欄を追加してください。 → <input type="button" value="入力フォームの追加"/></p>		
<p>【耐容性不良】</p>		
耐容性不良	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<p>薬剤治療にて耐容性不良を示した非定型抗精神病薬を2つ以上並び、発現した副作用を選択してください。</p>		
非定型抗精神病薬1	薬剤名	<input type="text"/>
	その他の薬剤名	<input type="text"/>
	副作用(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジストニアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上のその他の遅発性錐体外路症状の出現または悪化 → 遅発性錐体外路症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のパーキンソン症状の出現 → パーキンソン症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のアカシアの出現 <input type="checkbox"/> コントロール不良の急性ジストニアの出現
非定型抗精神病薬2	薬剤名	<input type="text"/>
	その他の薬剤名	<input type="text"/>
	副作用(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジストニアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上のその他の遅発性錐体外路症状の出現または悪化 → 遅発性錐体外路症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のパーキンソン症状の出現 → パーキンソン症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のアカシアの出現 <input type="checkbox"/> コントロール不良の急性ジストニアの出現
<p>入力欄が足りない場合は、「入力フォームの追加」ボタンをクリックして入力欄を追加してください。 → <input type="button" value="入力フォームの追加"/></p>		
<p>【コメント】</p>		
コメント	<input type="text"/>	

報告書番号0001以降: 報告書

CPMS 利用者ID CPMS39398D 利用者名 てすと登録医 先生 ログイン 2015/12/17 11:23:15 前回ログアウト -----/---/---:--

報告書入力 ログアウト | 調査テーマ選択 | 機能選択メニュー | 患者一覧 | 報告書一覧 |

報告書名: クロザリル患者モニタリング 施設名: クロザリルCPMS病院 承認者: 承認-送信者:  
 患者登録番号: 0016-005 患者イニシャル(性別): SG(女) 生年月日: 1990/09/10 血液型: B 患者登録日: 2012/03/12  
 一次承認日:

報告書ID: 報告書0002 進捗状況 記載可能 承認 血液検査確認書 下書き保存

作業中断の際には下書き保存を行ってください。↑

【過去の検査値】

検査実施日	白血球数	好中球数
過去3週間の白血球数/好中球数		

【検査値】

検査実施日	2015年 12月 17日	
白血球数	/mm3	
好中球数	% 計算 → 実数値 /mm3	パーセンテージを入力し、「計算」ボタンをクリックすると実数値を補填入力します。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
血糖値の測定時	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時	
血糖値	mg/dL	次回の検査予定日は、2012/05/15です。
HbA1c(NGSP値)	%	次回の検査予定日は、2012/05/15です。
検査頻度	判定	【血糖値】もしくは【HbA1c(NGSP値)】を入力後、「判定」ボタンをクリックすると検査頻度が表示されます。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
内科医と相談	<input type="checkbox"/> クロザリルの継続可否 <input type="checkbox"/> プロトコルC患者であるが、継続投与する。 <input type="checkbox"/> プロトコルBの隔隔に変更し、継続投与する。 <input type="checkbox"/> プロトコルAの隔隔に変更し、継続投与する。	プロトコルCで本薬剤を継続投与する場合は、必ず内科医に、その妥当性を相談してください。 検査頻度を変更する場合は、その理由をコメント欄に入力してください。

【検査結果判定】

クロザリル処方	投与	<input type="checkbox"/> 継続または投与開始 <input type="checkbox"/> 白血球数が過去3週間の最も高い値より3,000/mm3以上減少したが著しい低下と判断しない	処方一つを選んでください。
	休薬	<input type="checkbox"/> 症状改善のため休薬 <input type="checkbox"/> 有害事象のため休薬 <input type="checkbox"/> 来院せずのため休薬 <input type="checkbox"/> その他理由による休薬	
	投与中止	<input type="checkbox"/> 症状改善のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 有害事象のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 効果不十分のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 検査値異常のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> その他理由による投与中止または中止後のフォローアップ	
	検査終了	<input type="checkbox"/> 投与中止患者のフォローアップ期間経過のため終了 <input type="checkbox"/> 休薬4週間経過のため終了 <input type="checkbox"/> 同意撤回のため終了 <input type="checkbox"/> 来院せずのため終了 <input type="checkbox"/> その他理由による終了	
	転院	<input type="checkbox"/> 転院	

【転院先医療機関】

転院先医療機関名		転院の場合は必ず入力してください。
転院先医療従事者名		転院先医療機関の連絡先となるCPMS登録医療従事者名を入力してください。 不明な場合は空欄にしてください。
クロザリル継続の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定	転院の場合は必ず入力してください。

【次回検査期限】

次回検査期限	判定 までに検査実施。	【検査値】と【検査結果判定】を入力後、「判定」ボタンをクリックすると次回検査期限が表示されます。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
次回検査予定日	年 月 日	隔週検査 移行予定日 判定

【処方】

今回の投与日又は投与開始日	2015年 12月 17日	
今回の投与量	投与量 me/日 前回の投与量 125 me/日 投与日数 日分	投与量: 今回の処方の初日の用量を入力してください。 投与日数: 次回検査予定日までの日数を入力してください。

【コメント】

コメント		【クロザリル処方】項目の「有害事象のため」を選択した場合は、その有害事象名を入力してください。「その他理由」を選択した場合は、その内容を入力してください。
------	--	-------------------------------------------------------------------------------