

送付先 (クロザリル患者 転院先医療機関)		発信元 (クロザリル患者 転院元医療機関)	
ご施設名		施設名	
		科名	
科名		担当	
ご担当	様	TEL	
		FAX	

件名
クロザリル転院患者 CPMS登録情報

服薬同意書はクロザリル適正使用委員会のWeb siteから入手できます。

注意！ 転院後、転院先医療機関にてCPMS患者登録前に同意取得を行ってください。

伝達内容	転院元医療機関 記入欄	伝達内容	転院元医療機関 記入欄
患者イニシャル	姓: 名:	転院先への来院日 (次回検査予定日)	西暦 年 月 日
性別	男 女	次回検査期限	西暦 年 月 日
血液型	A B O AB	投与量	mg/日
生年月日	西暦 年 月 日	投与日数	日分
反応性不良 抗精神病薬1	薬剤名	直近の検査実施日	西暦 年 月 日
	投与量	直近の白血球数	/mm ³
	CPZ換算量	直近の好中球数	% or /mm ³
反応性不良 抗精神病薬2	薬剤名	直近の血糖値の測定時	空腹時 随時
	投与量	直近の血糖値	mg/dL
	CPZ換算量	直近のHbA1c	%
耐容性不良 非定型 抗精神病薬1	薬剤名	内科医との相談の有無 (プロトコルCの場合)	有 無
	副作用	<input type="checkbox"/> 転院元医療機関は登録票をご参照の上ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 転院元医療機関は直近の報告書をご参照の上ご記入ください。 ⑩～⑯は必須ではありませんが、転院先医療機関で検査を行う前に患者登録を行う場合は伝達が必要です。 <input type="checkbox"/> 転院元医療機関は転院先医療機関と話し合い決定してください。	
耐容性不良 非定型 抗精神病薬2	薬剤名		
	副作用		

その他の連絡事項