

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		担当者	
ご担当者	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。**

**【登録要請患者】**

患者イニシャル 姓  名

患者名等

性別 男 女

血液型 A B O AB

生年月日 年 月 日

入力は必須ではありません。患者の選好が必要な場合、患者名等をご入力ください。この項目はCPMSセンターからは見られません。

特に年齢制限はありませんが、16歳未満または71歳以上の生年月日が入力された場合、下記に確認メッセージが表示されます。※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。

継続(転院)に✓

クロザリル治療歴 新規 継続(転院) 再登録

「再登録と判断された場合は、下記の「旧患者登録番号」に、再登録する患者の最初の患者登録番号を入力してください。

旧患者登録番号

**【血液検査結果】**

検査実施日 2015年 10月 26日

白血球数  /mm3

好中球数  %  → 実数値  /mm3

血糖値の測定時 空腹時 随時

血糖値  mg/dL

HbA1c(NGSP値)  %

内科医との相談 有 無

「糖尿病・糖尿病を強く疑う」症例の場合、本薬の服用には注意が必要です。

**【反応性不良】**

反応性不良 有 無

反応性不良を示した抗精神病薬2つ以上(種類以上の非定型抗精神病薬を含む)を、投与量(CPZ換算500mg/日以上)を入力してください。

薬剤名

その他の薬剤名

投与量  me/日 以上6週間以上使用

CPZ換算量  me/日

注:非定型抗精神病薬が併用されている場合は、CPZ換算量でも最も多い量が入力対象とする。

**【耐容性不良】**

耐容性不良 有 無

副作用名にて耐容性不良を示した非定型抗精神病薬2つ以上を選び、発現した副作用を選択してください。

薬剤名

その他の薬剤名

副作用 (複数回答可)

- 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化
- 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化
- 中等度以上のその他の遅発性ジスキネシアの出現または悪化
- 遅発性ジスキネシアの出現
- コントロール不良のパーキンソン症状の出現
- コントロール不良のパーキンソン症状
- コントロール不良のアカシアの出現
- コントロール不良の急性ジスキネシアの出現

注:副作用の種類によってお付け書きをご確認ください。

伝達内容	転院元医療機関 記入欄
① 次回検査期限	西暦 年 月 日
② 投与量	
③ 投与日数	
④ 転院先への来院日 (次回検査予定日)	西暦 年 月 日
⑤ 患者イニシャル	姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>
⑥ 性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
⑦ 血液型	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/>
⑧ 生年月日	西暦 年 月 日
⑨ 直近の検査実施日	西暦 年 月 日
⑩ 直近の白血球数	<input type="text"/> /mm3
⑪ 直近の好中球数	<input type="text"/> % or /mm3
⑫ 直近の血糖値の測定時	空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/>
⑬ 直近の血糖値	<input type="text"/> mg/dL
⑭ 直近のHbA1c	<input type="text"/> %
⑮ 内科医との相談の有無 (プロトコールCの場合)	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
⑯ 反応性不良	薬剤名 <input type="text"/> 投与量 <input type="text"/> mg/日
抗精神病薬1	CPZ換算量 <input type="text"/> mg/日
反応性不良	薬剤名 <input type="text"/> 投与量 <input type="text"/> mg/日
抗精神病薬2	CPZ換算量 <input type="text"/> mg/日
耐容性不良	薬剤名 <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
非定型抗精神病薬1	
耐容性不良	薬剤名 <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
非定型抗精神病薬2	

転院先医療機関用参考画面: 登録票(報告書番号0000)

## 転院の手順(転院元医療機関)

①患者さんが転院することが決まったら、転院元医療機関の医療従事者は、転院先医療機関へ連絡し、転院元医療機関での最後の検査日および次回検査期限日を伝達します。また、転院先医療機関での検査日(次回検査予定日)を話し合い、決定してください。

※転院先医療機関のCPMS登録の有無や連絡先がわからない場合は、CPMSセンターへお問い合わせください。

②転院する患者さんの最後の検査日に「クロザリル処方」の「転院」にチェックを入れ、転院先医療機関情報をコメント欄に入力して報告します。

※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。  
※「投与日数」は、転院先医療機関と話し合い決定した「次回検査予定日」(転院先医療機関での検査日)までの日数分とします。

③転院先医療機関へ連絡し、転院先医療機関での患者登録に必要な患者さんの情報を伝達します。

※**情報伝達の際には当FAXフォームをご利用いただけます。**

※転院先医療機関へ伝達の必要な情報(患者登録に必要な情報)は表面をご覧ください。

## 患者情報伝達の注意点

①次回検査期限、今回の投与量、投与日数

- ・**必ず伝達してください。**
- ・最後の検査報告書をご参照ください。

④転院先への来院日(次回検査予定日)

- ・転院先医療機関と話し合い、「次回検査期限」までの日の中で決定してください。

⑤～⑧患者イニシャル、性別、血液型、生年月日

- ・**必ず伝達してください。**

⑨～⑮直近の検査結果(検査実施日、白血球数、好中球数、血糖値の測定時、血糖値、Hb1Ac)

- ・転院先医療機関で血液検査を行う前に患者登録を行う場合は伝達が必要です。転院先医療機関に確認し、必要に応じて直近の検査報告書を参照し伝達してください。
- ・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能です。

⑯治療抵抗性を示した前治療薬(2種類以上)

- ・**必ず伝達してください。**
- ・反応性不良と耐容性不良のどちらか一方またはあれば両方を伝達してください。
- ・薬剤数が3種類以上あり記入欄が足りない場合は、お手数ですが別紙に記載し伝達してください。
- ・反応性不良の場合の「CPZ換算量」については、リスペリドン、ペロスピロン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール、パリペリドン、ブロナンセリンは登録票にCPZ換算量の自動計算機能が付いているため、伝達は必須ではありません。