FAX 専用フォーム

送信面

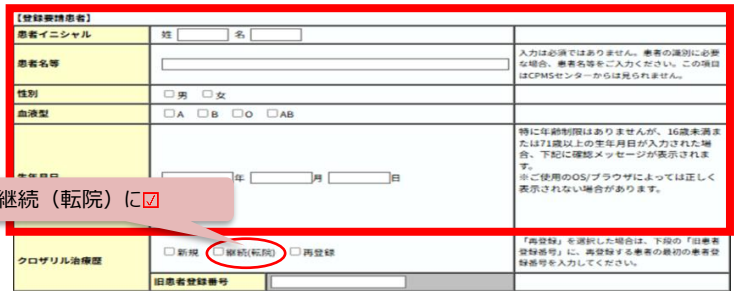
CPMS

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

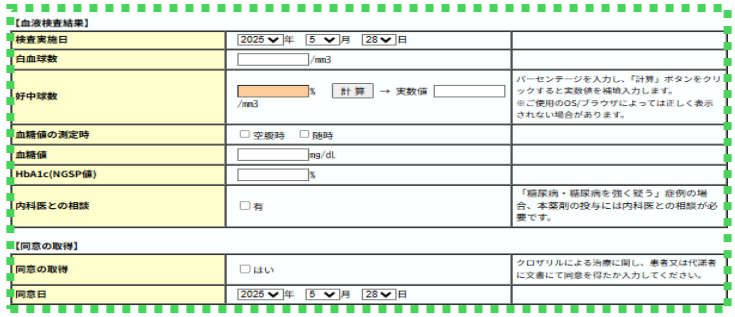
服薬同意書はクロザリル適正使用委員会の Website から入手できます。

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		入力は必須ではありません。患者の識別に必要な場合、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。
性別	□男　□女	
血液型	□A　□B　□O　□AB	
生年月日	年　月　日	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。
クロザリル治療歴	□新規　□継続(転院)　□再登録	「再登録」を選択した場合は、下段の「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	

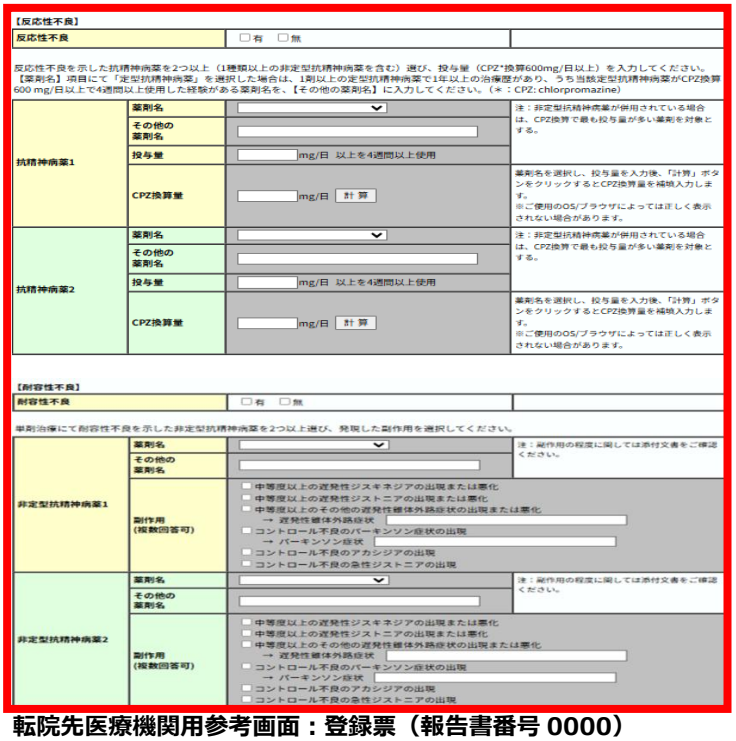
継続（転院）に☑


【血液検査結果】

検査実施日	2025 年 5 月 28 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	□空腹時　□随時	
血糖値	mg/dL	
HbA1c(NGSP値)	%	
内科医との相談	□有	「糖尿病・糖尿病を強く疑う」症例の場合、本薬剤の投与には内科医との相談が必要です。

【同意の取得】

同意の取得	□はい	クロザリルによる治療に関し、患者又は代諾者に文書にて同意を得たか入力してください。
同意日	2025 年 5 月 28 日	


【反応性不良】

反応性不良		□有　□無	
抗精神病薬1	薬剤名		注：非定型抗精神病薬が併用されている場合は、CPZ換算で最も投与量が多い薬剤を対象とする。
	その他の薬剤名		
	投与量	mg/日 以上を4週間以上使用	
	CPZ換算量	mg/日 計算	薬剤名を選択し、投与量を入力後、「計算」ボタンをクリックするとCPZ換算量を補填入力します。 ※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。
抗精神病薬2	薬剤名		注：非定型抗精神病薬が併用されている場合は、CPZ換算で最も投与量が多い薬剤を対象とする。
	その他の薬剤名		
	投与量	mg/日 以上を4週間以上使用	
	CPZ換算量	mg/日 計算	薬剤名を選択し、投与量を入力後、「計算」ボタンをクリックするとCPZ換算量を補填入力します。 ※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。

【耐容性不良】

耐容性不良		□有　□無	
非定型抗精神病薬1	薬剤名		注：副作用の程度に関しては添付文書をご確認ください。
	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ジアの出現または悪化 □中等度以上の遅発性ジストニアの出現または悪化 □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 □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 □コントロール不良のアカシジアの出現 □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		注：副作用の程度に関しては添付文書をご確認ください。
	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ジアの出現または悪化 □中等度以上の遅発性ジストニアの出現または悪化 □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 □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 □コントロール不良のアカシジアの出現 □コントロール不良の急性ジストニアの出現	

転院先医療機関用参考画面：登録票（報告書番号 0000）

伝達内容	転院元医療機関　記入欄
①次回検査期限	西暦 20　年　月　日
②投与量	mg/日
③投与日数	日分
④転院先への来院日（次回検査予定日）	西暦 20　年　月　日
⑤患者イニシャル	姓：　名：
⑥性別	男　女
⑦血液型	A　B　O　AB
⑧生年月日	西暦　年　月　日
⑨直近の血液検査実施日	西暦 20　年　月　日
⑩直近の白血球数	/mm 3
⑪直近の好中球数	% or /mm 3
⑫直近の血糖検査実施日	西暦 20　年　月　日
⑬直近の血糖値の測定時	空腹時　随時
⑭直近の血糖値	mg/dl
⑮直近の HbA1c	%
⑯直近のプロトコール	A　B　C
⑰プロトコール C の場合、内科医との相談の有無	有　無
⑱ 反応性不良 抗精神病薬 1	薬剤名
	投与量 mg/日
	CPZ mg/日
反応性不良 抗精神病薬 2	薬剤名
	投与量 mg/日
	CPZ 換算量 mg/日
耐容性不良 非定型 抗精神病薬 1	薬剤名
	副作用
耐容性不良 非定型 抗精神病薬 2	薬剤名
	副作用

クロザリル患者　転院元医療機関記入用FAXフォーム（解説面）

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（血液検査実施日、白血球数、好中球数、血糖検査実施日、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。

⑱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。