

FAX 専用フォーム

送信面



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。

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

- 転院元医療機関は登録票をご参照の上ご記入ください。
- 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。⑩～⑱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。
- 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。

※転院元医療機関は、当 FAX フォームをご使用になる前に裏面の解説をお読みください。



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

①～⑤ 患者イニシャル、性別、血液型、生年月日、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。

・登録票の内容を参照してください。

・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。

⑥ 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た日にちをご記入ください。

⑦～⑨ 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。

・最後の検査報告書の内容を参照してください。

⑩～⑬ 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。