

# 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	
ご担当	様	担当	
		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。**

【登録者情報】	
患者イニシャル	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	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/>
クロザリル治療歴	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続(転院) <input type="checkbox"/> 再登録
旧患者登録番号	<input type="text"/>

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	<input type="text"/> /mm <sup>3</sup>
好中球数	<input type="text"/> % 計算 → 実数値 <input type="text"/>
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
【同意の取得】	
同意の取得	<input type="checkbox"/> はい
同意日	2025年 5月 28日

【反応性不良】	
反応性不良	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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) 選択し、投与量 (CPZ換算500mg/日以上) を入力してください。 【薬剤名】項目にて「非定型抗精神病薬」を選択した場合は、1期以上の定常型抗精神病薬では以上の治療歴があり、うち当該定常型抗精神病薬がCPZ換算500mg/日以上で4週間以上使用した経験がある薬剤名を、【その他の薬剤名】に入力してください。(※: CPZ: chlorpromazine)	
抗精神病薬1	薬剤名 <input type="text"/> 投与量 <input type="text"/> mg/日 以上を4週間以上使用 CPZ換算量 <input type="text"/> mg/日 計算
抗精神病薬2	薬剤名 <input type="text"/> 投与量 <input type="text"/> mg/日 以上を4週間以上使用 CPZ換算量 <input type="text"/> mg/日 計算
【耐容性不良】	
耐容性不良	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
副作用にて耐容性不良を示した非定型抗精神病薬を2つ以上選択し、発現した副作用を選択してください。	
非定型抗精神病薬1	薬剤名 <input type="text"/> 副作用 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 中等度以上の反応性ジスキネジアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上の反応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反応性身体外路症状の出現または悪化 → 反応性身体外路症状 <input type="checkbox"/> コントロール不良のパーキンソン症状の出現 <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"/> 副作用 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 中等度以上の反応性ジスキネジアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上の反応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反応性身体外路症状の出現または悪化 → 反応性身体外路症状 <input type="checkbox"/> コントロール不良のパーキンソン症状の出現 <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

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	血液検査:西暦 20 年 月 日 血糖検査: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: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>
⑥性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
⑦血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 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 <sup>3</sup>
⑪直近の好中球数	% or /mm <sup>3</sup>
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	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時
⑭直近の血糖値	mg/dl
⑮直近のHbA1c	%
⑯直近のプロトコル	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
⑰プロトコルCの場合、内科医との相談の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑱ 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 <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	

## 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。

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、プ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。