

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
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 20 年 月 日
性別	男 女	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
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	直近の血液検査実施日	西暦 20 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	直近の血糖検査実施日	西暦 20 年 月 日
	投与量	直近の血糖値の測定時	空腹時 随時
	CPZ 換算量	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	直近の HbA1c	%
	副作用	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	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。⑩～⑩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。

