

# 医療機関のCPMS登録要件確認書〔1 / 2〕

提出先：クロザリル適正使用委員会

以下の通り、当医療機関において、CPMS登録要件1,2を確認しました。

医療機関名： \_\_\_\_\_ 確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

確認者：精神科の長

精神科の長の署名： \_\_\_\_\_ 印

<要件1> 以下の要件を満たす場合、□にチェックを入れてください。

- 1) 採血日当日に、血液検査(白血球数及び好中球数)、血糖値(空腹時または随時)及びヘモグロビンA<sub>1c</sub>検査結果を得ることができる ..... Yes
- 2) 好中球減少症・無顆粒球症に対して対応が可能である【①～⑤にチェックがある】 ..... Yes 
  - ① 常に血液内科医のアドバイスが受けられ、必要に応じて治療を受けられる体制になっている(他の医療機関との連携も可、要件は後述、要確認) ..... Yes
  - ② 個室の確保や抗菌剤の投与などの感染症対策が可能である ..... Yes
  - ③ G-CSF製剤の緊急投与が可能である(G-CSF製剤が常備されているか、またはすぐに納入される体制ができています) ..... Yes
  - ④ 感染症対策について知識のあるスタッフ(看護師など)がいる ..... Yes
  - ⑤ 抗菌剤などの感染症に対する薬剤が常備されている ..... Yes
- 3) 糖尿病内科医と連携が可能(他の医療機関との連携も可)である ..... Yes
- 4) パーソナルコンピューターでインターネットに接続し、eCPMSが導入可能である ..... Yes

<好中球減少症・無顆粒球症に対して連携する他の医療機関の要件>  
連携する場合には確認してください。

- ▶ 血液内科医及び精神科医が常勤している ..... Yes
- ▶ 緊急時に入院し、精神科治療及び無顆粒球症の治療が可能な病床を有する ..... Yes
- ▶ 常に血液内科医のアドバイスを提供し、緊急時に患者の搬送を受け入れ治療することを含む文書を交わした上での提携を行っている ..... Yes

<要件2> 以下の要件を予定できる場合、□にチェックを入れてください。

- 5) CPMS登録医、クロザリル管理薬剤師、CPMSコーディネート業務担当者が各々2名以上いる(クロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネート業務担当者と兼務可能) ..... Yes   
【医療機関のCPMS登録要件確認書〔2/2〕に予定する方の氏名をご記入ください】
- 6) 無顆粒球症、耐糖能異常のケーススタディーを実施し、連携手順書を作成する ..... Yes
- 7) CPMS運用手順を遵守することを約束する ..... Yes

# 医療機関のCPMS登録要件確認書 [2 / 2]

当医療機関において、CPMS登録を予定する医師、薬剤師などの氏名は以下の通りです。

(ふりがな)

医療機関名： \_\_\_\_\_ 確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 1) CPMS登録医の登録を予定する方(2名以上)

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

## 2) クロザリル管理薬剤師の登録を予定する方(2名以上)

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

## 3) CPMSコーディネータ業務担当者の登録を予定する方(2名以上)

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

(ふりがな) (ふりがな)  
氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

※記入欄が足りない場合は、本様式を適宜コピーしてご記入ください。

( \_\_\_\_\_ 枚目 / \_\_\_\_\_ 枚中)