

# 医療機関のCPMS登録要件確認書

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登録要件を満たしていることを確認しました。

医療機関名： \_\_\_\_\_ 確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 確認者・精神科の長の \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_  
 署名または記名・捺印： \_\_\_\_\_

## 【要件1】以下の要件を満たすことを確認の上、□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HbA1cの検査結果を得ることができる(投与を中止する基準に達した場合, 検査値が回復するまで休日を含め毎日血液検査と報告が可能である) ..... 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 遅滞なく血液内科医等\*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 ..... Yes

医療機関名： \_\_\_\_\_

- ② 抗菌剤の投与や必要に応じた個室の確保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る) ..... 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

## <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>

他の医療機関と連携する場合には原則として, 要件Aを確認してください。

ただし, 要件Aを満たすことが難しい場合には, 要件Bを満たすことを確認してください。

### 要件A

- ▶ 血液内科医等\*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
- ▶ CPMS登録医療機関との間で, 遅滞なく血液内科医等\*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み文書(提携文書)を交わした上での提携を行っている(その書面の写しが必要) ..... Yes

### 要件B

- ▶ 血液内科医等\*が常勤している ..... Yes
- ▶ CPMS登録医療機関に対して, 遅滞なく血液内科医等\*のアドバイスを提供することのみならず, 血液内科医等\*による治療が必要な緊急時には, 患者を連携先医療機関に搬送してCPMS登録医療機関の精神科医と共に治療にあたるか, もしくは, 連携先医療機関の血液内科医等\*がCPMS登録医療機関で精神科医と共に治療にあたることを文書(提携文書)で交わした上で提携を行っている(その書面の写しが必要) ..... Yes

\*血液内科医, または無顆粒球症の治療に十分な経験を有する日本感染症学会員, 日本臨床腫瘍学会員あるいはそれと同等以上とクロザリル適正使用委員会が判断した医師のいずれか

- 3) 糖尿病治療に関する十分な知識と経験を有する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

医療機関名： \_\_\_\_\_

- 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

## 【要件2】

- 5) クロザリル講習を修了したCPMS登録医を2名以上有する ..... Yes
- 6) クロザリル講習を修了したクロザリル管理薬剤師を2名以上有する ..... Yes
- 7) クロザリル講習を修了したCPMSコーディネイト業務担当者を2名以上有する  
(クロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネイト業務担当者と兼務可能) ..... Yes
- 8) 無顆粒球症, 耐糖能異常発現時の医療連携手順書を作成した ..... Yes

# 医療機関のCPMS登録要件確認書（様式10） 記載マニュアル

# 目次

## 好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が

- 院内連携の場合
- 院外連携[要件A]※1の場合
- 院外連携[要件B]※2の場合

※1 要件A：連携先医療機関に常勤の精神科医が 在籍する  
※2 要件B： // 在籍しない

# 好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が 院内連携の場合

【様式10】

医療機関のCPMS登録要件確認書 (1)

(好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が院内連携の場合)

CPMSへの登録を希望する医療機関が医療機関の登録要件1及び要件2を満たしていることを確認する書類です。

医療機関名、確認日、電話番号の入力および精神科の長の署名 ※登録要件(要件1及び要件2)のチェック、及び連携施設名の記入を確認後、精神科の長が施設名、確認日、電話番号を記載し、署名または記名・捺印ください。

好中球減少症・無顆粒球症の連携医療機関名の記入 ※CPMS登録医療機関名と同じになります。

要件1のすべての該当項目にチェック

耐糖能異常の連携医療機関名の記入 ※耐糖能異常の連携医療連をご記載ください。

要件2のすべての該当項目にチェック

医療機関のCPMS登録要件確認書

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登録要件を満たしていることを確認しました。

医療機関名: ノバ大学医学部附属病院 確認日: 2022年 4月 1日
確認者・精神科の長の署名または記名・捺印: 黒座 理瑠 (黒座) 電話: 03-1234-5678

- 【要件1】以下の要件を満たすことを確認の上、□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) ... Yes [X]
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 [X]
① 遅滞なく血液内科医等\*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 ... Yes [X]

ノバ大学医学部附属病院

- ② 抗菌剤の投与や必要に応じた個室の確保などの感染症対策が可能である ... Yes [X]
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る) ... Yes [X]
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 [X]
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 [X]

<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>

- ただし、要件Aを満たすことが難しい場合には、要件Bを満たすことを確認してください。
要件A 好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が院内連携の場合、こちらのチェックは不要となります。
▶ 血液内科医等\*及び精神科医が常動している ... 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 [ ]
▶ CPMS登録医療機関との間で、遅滞なく血液内科医等\*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(提携文書)を交わした上で提携を行っている(その書面の写しが必要) ... Yes [ ]
要件B
▶ 血液内科医等\*が常動している ... Yes [ ]
▶ CPMS登録医療機関に対して、遅滞なく血液内科医等\*のアドバイスを提供することのみならず、血液内科医等\*による治療が必要な緊急時には、患者を連携先医療機関に搬送してCPMS登録医療機関の精神科医と共に治療にあたるか、もしくは、連携先医療機関の血液内科医等\*がCPMS登録医療機関で精神科医と共に治療にあたることを文書(提携文書)で交わした上で提携を行っている(その書面の写しが必要) ... Yes [ ]

ノバ大学医学部附属病院

- 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 [X]

- 【要件2】
5) クロザリル講習を修了したCPMS登録医を2名以上有する ... Yes [X]
7) クロザリル講習を修了したCPMSコーディネイト業務担当者を2名以上有する(クロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネイト業務担当者と兼務可能) ... Yes [X]
8) 無顆粒球症、耐糖能異常発現時の医療連携手順書を作成した ... Yes [X]

# 好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が 院外連携[要件A\*]の場合

要件A：連携先医療機関に常勤の精神科医が在籍する

【様式10】

医療機関のCPMS登録要件確認書（1）


（好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が院外連携[要件A]の場合）

医療機関のCPMS登録要件確認書

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登録要件を満たしていることを確認しました。

医療機関名： ノバ精神医療センター 確認日：2022年 4月 1日

確認者・精神科の長の署名または記名・捺印： 黒座 理瑠  電話： 03-1234-5678

医療機関名、確認日、電話番号の入力および精神科の長の署名  
 ※ 登録要件（要件1及び要件2）のチェック、及び連携施設名の記入を確認後、精神科の長が施設名、確認日、電話番号を記載し、署名または記名・捺印ください。

好中球減少症・無顆粒球症の連携医療機関名の記入  
 ※ CPMS登録医療機関名と異なります。

耐糖能異常の連携医療機関名の記入  
 ※ 耐糖能異常の連携医療連をご記載ください。  
 ※ 自施設で対応する場合は、自施設名をご記載ください。

要件2のすべての該当項目にチェック

【要件1】以下の要件を満たすことを確認の上、□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HbA1cの検査結果を得ることができる(投与を中止する基準に達した場合、検査値が回復するまで休日を含め毎日血液検査と報告が可能である) ..... 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 遅滞なく血液内科医等\*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 ..... Yes

医療機関 ノバ大学医学部附属病院

- ② 抗菌剤の投与や必要に応じた個室の確保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

<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>  
 他の医療機関と連携する場合には原則として、要件Aを確認してください。  
 ただし、要件Aを満たすことが難しい場合には、要件Bを満たすことを確認してください。

- 要件A
- ▶ 血液内科医等\*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
  - ▶ CPMS登録医療機関との間で、遅滞なく血液内科医等\*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(提携文書)を交わした上で提携を行っている(その書面の写しが必要) ..... Yes

- 要件B
- ▶ 血液内科医等\*が常勤している ..... Yes
  - ▶ CPMS登録医療機関に対して、遅滞なく血液内科医等\*のアドバイスを提供することのみならず、血液内科医等\*による治療が必要な緊急時には、患者を連携先医療機関に搬送してCPMS登録医療機関の精神科医と共に治療にあたるか、もしくは、連携先医療機関の血液内科医等\*がCPMS登録医療機関で精神科医と共に治療にあたることを文書(提携文書)で交わした上で提携を行っている(その書面の写しが必要) ..... Yes

\*血液内科医、または無顆粒球症の治療に十分な経験を有する日本感染症学会員、日本臨床腫瘍学会員あるいはそれと同等以上とクロザリル適正使用委員会が判断した医師のいずれか

- 3) 糖尿病治療に関する十分な知識と経験を有する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

ノバ精神医療センター

- 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

【要件2】

- 5) クロザリル講習を修了したCPMS登録医を2名以上有する ..... Yes
- 6) クロザリル講習を修了したクロザリル管理薬剤師を2名以上有する ..... Yes
- 7) クロザリル講習を修了したCPMSコーディネイト業務担当者を2名以上有する (クロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネイト業務担当者と兼務可能) ..... Yes
- 8) 無顆粒球症、耐糖能異常発現時の医療連携手順書を作成した ..... Yes

# 好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が 院外連携[要件B\*]の場合

要件B：連携先医療機関に常勤の精神科医が在籍しない



【様式10】

医療機関のCPMS登録要件確認書（1）

（好中球減少症・無顆粒球症の医療連携が院外連携[要件B]の場合）

医療機関のCPMS登録要件確認書

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登録要件を満たしていることを確認しました。

医療機関名： ノバ精神医療センター 確認日：2022年 4月 1日  
 確認者・精神科の長の署名または記名・捺印： 黒座 理瑠 **黒座**  
 電話： 03-1234-5678

医療機関名、確認日、電話番号の入力および精神科の長の署名  
 ※ 登録要件（要件1及び要件2）のチェック、及び連携施設名の記入を確認後、精神科の長が施設名、確認日、電話番号を記載し、署名または記名・捺印ください。

好中球減少症・無顆粒球症の連携医療機関名の記入  
 ※ CPMS登録医療機関名と異なります。

耐糖能異常の連携医療機関名の記入  
 ※ 耐糖能異常の連携医療連をご記載ください。  
 ※ 自施設で対応する場合は、自施設名をご記載ください。

要件2のすべての該当項目にチェック

【要件1】以下の要件を満たすことを確認の上、□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HbA1cの検査結果を得ることができる(投与を中止する基準に達した場合、検査値が回復するまで休日を含め毎日血液検査と報告が可能である) ..... 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 遅滞なく血液内科医等\*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 ..... Yes
- ② 抗菌剤の投与や必要に応じた個室の確保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

ノバ大学医学部附属病院

<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>  
 他の医療機関と連携する場合には原則として、要件Aを確認してください。  
 ただし、要件Aを満たすことが難しい場合には、要件Bを満たすことを確認してください。

- 要件A
- ▶ 血液内科医等\*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
  - ▶ CPMS登録医療機関との間で、遅滞なく血液内科医等\*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(提携文書)を交わした上で提携を行っている(その書面の写しが必要) ..... Yes

- 要件B
- ▶ 血液内科医等\*が常勤している ..... Yes
  - ▶ CPMS登録医療機関に対して、遅滞なく血液内科医等\*のアドバイスを提供することのみならず、血液内科医等\*による治療が必要な緊急時には、患者を連携先医療機関に搬送してCPMS登録医療機関の精神科医と共に治療にあたるか、もしくは、連携先医療機関の血液内科医等\*がCPMS登録医療機関で精神科医と共に治療にあたることを文書(提携文書)で交わした上で提携を行っている(その書面の写しが必要) ..... Yes

\*血液内科医、または無顆粒球症の治療に十分な経験を有する日本感染症学会員、日本臨床腫瘍学会員あるいはそれと同等以上とクロザリル適正使用委員会が判断した医師のいずれか

- 3) 糖尿病治療に関する十分な知識と経験を有する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

ノバ精神医療センター

- 【要件2】
- 5) クロザリル講習を修了したCPMS登録医を2名以上有する ..... Yes
  - 6) クロザリル講習を修了したクロザリル管理薬剤師を2名以上有する ..... Yes
  - 7) クロザリル講習を修了したCPMSコーディネイト業務担当者を2名以上有する (クロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネイト業務担当者と兼務可能) ..... Yes
  - 8) 無顆粒球症、耐糖能異常発現時の医療連携手順書を作成した ..... Yes