

# 医療連携承諾書

提出先：クロザリル適正使用委員会

年 月 日

施設名：

所属科：

(ふりがな)  
氏名(署名):

当医療機関は、クロザリル投薬患者に耐糖能異常が発現し、糖尿病内科医と医療措置に関する相談が必要と判断される場合、下記のCPMS登録(通院)医療機関からの要望に基づき、適切な助言を行うことを承諾いたします。

CPMS登録(通院)医療機関：

また、私はCPMS運用手順で定める糖尿病内科医の要件(下記1から3のいずれか)を満たしております。

本剤の治療中に耐糖能異常・糖尿病を発現した患者の状態を、CPMS登録医が随時報告し、相談でき、また、同患者の耐糖能異常・糖尿病の治療を依頼可能な内科医であり、次のいずれかの医師

1. 日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医
2. 糖尿病治療薬開発の治験に治験責任医師・治験分担医師として参加した経験を有する内科医
3. 既に、CPMS登録医および他の精神科医が、統合失調症の患者に発現した耐糖能異常・糖尿病の診断および治療について連携している医師で、糖尿病の治療経験が5年以上ある内科医

以 上

# 【様式23】 医療連携承諾書

様式 23

## 医療連携承諾書

提出先：クロザリル適正使用委員会

2021年 9月 1日

クロザリル服用患者に耐糖能異常が発生した際に、CPMS登録医療機関の要望に基づき、治療等について適切な助言を行うことを承諾したことを証明するための書類です。

### 日付を記載

※ 連携を承諾した日（署名日）をご記載ください。

### 施設名、所属科、氏名を記載

- ※ ご所属の医療機関名・所属科をご記載ください。
- ※ 連携承諾に対して署名(自署)をお願いします。
- ※ ふりがなもご記載ください。

### CPMS登録（通院）医療機関名を記載

連携を承諾するCPMS登録（通院）医療機関名をご記載ください。

施設名： ノバ大学医学部附属病院

所属科： 糖尿病内科

（ふりがな）  
氏名(署名): たいとう のう  
台東 能

当医療機関は、クロザリル投薬患者に耐糖能異常が発現し、糖尿病内科医と医療措置に関する相談が必要と判断される場合、下記のCPMS登録（通院）医療機関からの要望に基づき、適切な助言を行うことを承諾いたします。

CPMS登録（通院）医療機関：

ノバ精神医療センター

また、私はCPMS運用手順で定める糖尿病内科医の要件（下記1から3のいずれか）を満たしております。

1. 日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医  
2. 糖尿病治療薬開発の治験に治験責任医師・治験分担医師として参加した経験を有する内科医  
3. 既に、CPMS登録医および他の精神科医が、統合失調症の患者に発現した耐糖能異常・糖尿病の診断および治療について連携している医師で、糖尿病の治療経験が5年以上ある内科医

以上