

## ⑭院内連携における血液内科医または 糖尿病内科医の変更

院内連携における、CPMS登録医療機関内の血液内科医または糖尿病内科医の変更がある場合、**様式8**で「**登録内容の変更**」手続きと、「**クロザリルに関する医療連携の手順書 改訂記録のコピー**」の提出が必要です。

### 代理者が記入

※必ずしもCPMS登録医療従事者である必要はありませんが、**施設名、所属科or 役職**(例：精神科、薬剤部長、事務長、秘書)と**氏名**を記入

【要請内容】は「登録内容の変更」を選択  
【理由】は該当するものを選択

【現在の登録内容】を記入

【登録変更後】の内容を記入

併せて「クロザリルに関する医療連携の手順書  
改訂記録のコピー」の提出が必要

※記入方法はP26「[手順書改訂記録の記入見本](#)」をご参照ください

## CPMS 登録変更要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

CPMS 登録内容の変更を要請します。

要請日：2016年 8 月 1 日 変更希望日：2016年 8 月 15 日

変更内容を把握したら、速やかに要請してください。本人が退職等により不在の場合は、代理の方がご記入ください。

施設名：ノバルティス病院 薬剤部 代理記入者名：日本 一郎

### 【要請内容】

登録の削除 /  登録内容の変更 /  登録医療機関の追加\* /  その他\*\*

### 【理由】

異動のため /  退職のため /  その他( )

### 【現在の登録内容】

CPMS 登録医 /  クロザリル管理薬剤師 /  CPMSコーディネーター業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼 CPMSコーディネーター業務担当者 /  その他( **血液内科医** )\*\*

(ふりがな) **とうきょう はなこ**  
氏名：**東京 花子**

所属する科, 担当：**血液内科**

(ふりがな) **のぼるていすびょういん**  
医療機関(保険薬局)名：**ノバルティス病院**

連絡先： 電話：**01-2345-6789** FAX：

E-mail：

### 【登録変更後】 ※変更箇所のみご記入ください。

CPMS 登録医 /  クロザリル管理薬剤師 /  CPMSコーディネーター業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼 CPMSコーディネーター業務担当者 /  その他( **血液内科医** )\*\*

(ふりがな) **とらのもん じろう**  
氏名：**虎ノ門 次郎**

所属する科, 担当：**血液内科**

(ふりがな) **のぼるていすびょういん**  
医療機関(保険薬局)名：**ノバルティス病院**

連絡先： 電話：**01-2345-9876** FAX：

E-mail：

\* 医療従事者が他の複数の医療機関へ登録する場合にご記入ください。

\*\* 医療機関(保険薬局)の長、精神科の長、血液内科医または糖尿病内科医(連携する他の医療機関の医師を含む)、連携する他の医療機関の精神科医等の変更要請の場合にご記入ください。

# 手順書改訂記録の 記入見本

## クロザリルに関する医療連携の手順書改訂記録

承認要請に必要なケーススタディー実施後に作成した連携手順書について、以下の変更を行う。

手順書の連絡表に記載されている担当者（各役割の窓口担当者）氏名／連絡先／施設名

### 【CPMS登録医（窓口担当者）】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:

### 【クロザリル管理薬剤師（窓口担当者）】

変更前		変更後	
氏名: 東京 一郎	TEL: 内線1111	氏名: 上野 花子	TEL: 内線2222

### 【CPMSコーディネータ業務担当者（窓口担当者）】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:

### 【連携先施設の精神科医（院外の施設との連携時）】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:
施設名:		施設名:	

### 【血液内科医等】

変更前		変更後	
氏名: 恵比寿 三子	TEL: 090-1111-2222	氏名: 原宿 四郎	TEL: 090-2222-3333
施設名: ノバ大学医学部附属病院		施設名: ノバ大学医学部附属病院	

### 【耐糖能異常(糖尿病)担当内科医】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:
施設名:		施設名:	

### 【備考】

東京 一郎: 退職  
恵比寿 三子: 異動

年 月 日

施設名: ノバ大学医学部附属病院

確認者(署名): 上野 花子

クロザリルに関する医療連携の手順書（医療機関用）あるいは保険調剤薬局におけるクロザリル取扱いの手順書（保険薬局用）の連絡表に記載のある担当者の情報に変更が生じた場合は、手順書改訂記録に変更内容を記入後、「**原本**」は**貴施設で保管し、「（写）コピー」をクロザリル適正使用委員会事務局へご提出ください。**

## 保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書改訂記録

承認要請に必要なケーススタディー実施後に作成した取扱いの手順書について、以下の変更を行う。

手順書の連絡表に記載されている担当者（各役割の窓口担当者）の氏名／連絡先／施設名

### 【保険薬局のクロザリル管理薬剤師（窓口担当者）】

変更前		変更後	
氏名: 虎ノ門 花子	TEL: 03-2222-3333	氏名: 銀座 次郎	TEL: 03-2222-3333

### 【処方元医療機関のCPMS登録医（窓口担当者）】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:
施設名:		施設名:	

### 【処方元医療機関のクロザリル管理薬剤師（窓口担当者）】

変更前		変更後	
氏名: 東京 一郎	TEL: 03-1111-2222	氏名: 上野 花子	TEL: 03-1111-2222
施設名: ノバ大学医学部附属病院		施設名: ノバ大学医学部附属病院	

### 【処方元医療機関のCPMSコーディネータ業務担当者（窓口担当者）】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:
施設名:		施設名:	

### 【備考】

東京 一郎: 退職  
虎ノ門 花子: 薬局の管理薬剤師交代

年 月 日

保険薬局名: ノバ薬局

確認者(署名): 銀座 次郎

1. 該当欄にチェック☑し、変更後の担当者名及び連絡先をご記入ください。
2. 連携先医療機関の担当者を変更される場合は施設名もご記入ください。
3. 変更される理由をご記入ください。
4. 作成された日付及び施設名をご記入いただき、確認者のご署名をお願い致します。

**注意：変更前の担当者のCPMS登録を削除される場合はその方の登録削除に関する様式8の提出も必要です。**

※ 連携している院外施設の医師の変更の場合は、施設名をご記入ください。  
本書種の「原本」は医療機関で保管し、「写(コピー)」を様式8とともにクロザリル適正使用委員会へご提出ください。

※ 本書種の「原本」は施設で保管し、「写(コピー)」を様式8とともにクロザリル適正使用委員会へご提出ください。