

⑰連携先医療機関(院外連携、院内連携)の登録を削除する場合

連携先医療機関(院内連携、院外連携)の登録を削除(連携を解消)する場合は、**様式 8**で**登録の削除**の手続きが必要です。

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「登録の削除」を選択
【理由】は「その他」を選択し、連携先医療機関の登録を削除(連携を解消)する旨のコメントを記入

【現在の登録内容】は登録を削除する連携先医療機関名、科名、医師名を記入

【登録変更後】は、他の連携先医療機関に変更となる場合に医療機関名、医師名を記入
※削除のみの場合は記入不要

◆注意◆

連携先医療機関を変更する場合は、様式 8 で登録の削除を行うのと同時にその他の書類の提出が必要です。詳しくは⑱血液内科医との院外連携における連携先医療機関の変更または⑳糖尿病内科医との院外連携における連携先医療機関の変更をご参照ください。

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： クロザリル病院 精神科 代理記入者名： 日本 太郎

【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(連携先医療機関の削除)

【現在の登録内容】

CPMS 登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMS コーディネート業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼 CPMS コーディネート業務担当者 / その他(連携先医療機関)**

(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： _____ 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 コーディネート業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼 CPMS コーディネート業務担当者 / その他(_____)**

(ふりがな)

氏名： _____ 所属する科, 担当： _____

(ふりがな)

医療機関(保険薬局)名： _____

連絡先： 電話： _____ 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。