

## 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（様式22）

1. 様式8（前連携先医療機関の削除・・・⑰参照）
2. 様式22
3. 「医療連携及び緊急時の患者搬送措置に関する覚書」を作成し、コピーを提出（原本は医療機関で保管）
4. 「クロザリルに関する医療連携の手順書」を作成し、コピーを提出（原本は医療機関で保管）

### 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。

### 血液内科等医師の要件についてチェックまたは記入

- ※ 1のチェックは**必須**です。
- ※ 日本血液学会の会員の場合  
→ 2の「Yes」にチェックをしてください。  
同枠内の他項目（2-A, 2-B, 治療経験の具体的な内容）のチェック・記入は不要です。
- ※ 日本血液学会の会員ではない場合  
→ 2の「No」にチェックをしてください。  
→ 2-A及び2-Bの当てはまる項目全てにチェックをしてください。  
**無顆粒球症の治療経験の判断のため、2-A及び2-Bの両項目にそれぞれ1つ以上のチェックが必須となります。**  
→ 治療経験の具体的な内容欄にご記入ください。（**記入必須**）

## 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

施設名：ノバ大学医学部附属病院  
所属科：血液内科  
はちけつ きゅう  
（ふりがな）  
氏名(署名)：八傑 休

当医療機関は、クロザリル投薬患者に好中球減少症・無顆粒球症が発現し、血液内科医等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。

ノバ精神医療センター

CPMS登録（通院）医療機関

また、私はCPMS運用手順で定める血液内科医等の要件（1かつ2（もしくは1かつ2-Aかつ2-B））にチェックがある）を以下の通り満たしております。

1. 無顆粒球症の治療に十分な経験を有する..... Yes
2. 日本血液学会の会員である..... Yes  No
- ※ 上記2で「No」にチェックが入った場合（日本血液学会の会員でない場合）、以下2-Aかつ2-Bにおいて当てはまる項目それぞれ1つ以上にチェックを入れてください。
- 2-A ← 2-Aのチェックボックス3つのうち、最低1つにチェックが必要
- 日本感染症学会の会員である
- 日本臨床腫瘍学会の会員である
- その他の学会会員である（..... 学会）
- 2-B. <治療経験の具体的な内容欄もご記入ください>
- 血液内科疾患の入院患者の治療経験を有する（初期研修期間は除く）
- 血液内科入院患者に関する感染症コンサルテーション経験を有する
- 血液内科疾患以外の無顆粒球症の治療経験を有する  
← 2-Bのチェックボックス3つのうち、最低1つにチェックが必要
- 治療経験の具体的な内容（治療人数、疾患名、治療内容等）:

日本血液学会会員以外の場合、  
治療経験の具体的な内容の記入が必要

# 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

※ 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。

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

※ 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。

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。**