

⑬血液内科医との院外連携における 連携先医療機関の追加（様式22）

1. 様式22

- 「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）
- 「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連携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。

- 無顆粒球症の治療に十分な経験を有する..... Yes
 - 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