

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（様式22）

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

1. 様式8（前連携先医療機関の削除・・・①⑦参照）
2. 様式23
3. 「クロザリルに関する医療連携の手順書 改訂記録」を作成し、コピーを提出(原本は医療機関で保管)・・・P26「[手順書改訂記録の記入見本](#)」を参照

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）たいとう のう

氏名(署名)：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。

本療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

⑪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

院外連携における、連携先医療機関の登録を削除（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⑬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⑭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。

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:	氏名:
TEL:	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	氏名: 上野 花子
TEL: 内線1111	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:	氏名:
TEL:	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:	氏名:
TEL:	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	氏名: 原宿 四郎
TEL: 090-1111-2222	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:	氏名:
TEL:	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

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	氏名: 銀座 次郎
TEL: 03-2222-3333	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:	氏名:
TEL:	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	氏名: 上野 花子
TEL: 03-1111-2222	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:	氏名:
TEL:	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。

保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書改訂記録_保険薬局用_通常_v3_0_20191119

クロザリルに関する医療連携の手順書改訂記録_医療機関用_通常_v3_0_20191119