

保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書

本手順書は、当保険薬局における、クロザリルの調剤と払い出しについての手順をまとめたものである。

作成日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 保険薬局の長 署名: _____

保険薬局名: _____

処方元医療機関名: _____

連絡表

処方元医療機関

CPMS 登録医	氏名: _____	TEL: _____
クロザリル管理薬剤師	氏名: _____	TEL: _____
CPMS コーディネート業務担当者	氏名: _____	TEL: _____

保険薬局

保険薬局クロザリル管理薬剤師	氏名: _____	TEL: _____
----------------	-----------	------------

クロザリル投与中の患者の処方箋を受け入れた場合の手順

- ① 患者が来訪する。
- ② クロザリル管理薬剤師は、患者から(1)処方箋 (2) クロザリル血液検査確認書を受領する。
- ③ クロザリル管理薬剤師はクロザリル血液検査確認書から患者を特定し、eCPMS 上で処方可能と判断されていること、処方量及び次回血液検査日までの処方日数を再確認した上で、問題のない場合は「CPMS 確認表（クロザリル管理薬剤師用）」に記録する。また、患者がクロザリル血液検査確認書を持参していない場合は、処方元の CPMS 登録医療機関から FAX にて当該患者のクロザリル血液検査確認書を取り寄せ、eCPMS の画面内容と受領したクロザリル血液検査確認書および処方箋の内容を照合する。
- ④ クロザリル管理薬剤師は、調剤と払い出しを行う。

クロザリル血液検査確認書

当該患者さまは、以下のように血液検査を実施し、クロザリルの服薬が可能であることを確認しました。eCPMS でご確認の上、調剤をお願いします。

患者氏名: _____

eCPMS 患者登録番号: _____

血液検査実施日: _____

次回検査予定日: _____

医療機関名: _____ 所属: _____

署名: _____

※必要に応じ、署名者の連絡先をご記入ください。

保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書

保険薬局におけるクロザリル取り扱い手順書

クロザリルの取り扱い調剤手順が記載されております。また、調剤に際して、医療機関へ疑義照会が発生した際の問い合わせ先を記載した書類となります。

作成日付の記載・保険薬局の長の署名

- ※ 手順書を作成した日付をご記載ください。
- ※ 保険薬局の長の署名は自署ください。

処方元医療機関名を記載

- ※ 様式16に記載された医療機関名を同じとなります。ここに記載された医療機関以外からの処方箋は応需できません。

処方元医療機関の窓口担当者を記載

- ※ 医療機関へ疑義照会が発生した際の問い合わせ先となります。記載に際しては、処方元医療機関にお尋ねください。
- ※ 記載する医療従事者は、CPMS登録医療従事者で該当の役割者として登録されている必要があります。
(クロザリル管理薬剤師兼コーディネート業務担当者であれば、「クロザリル管理薬剤師」と「コーディネート業務担当者」に同じ名前を記載することは可能)

CPMS登録（通院）医療機関名を記載

- ※ CPMS登録されるクロザリル管理薬剤師の氏名及び連絡先を記載ください。

本手順書は、当保険薬局における、クロザリルの調剤と払い出しについての手順をまとめたものである。

発行日: 2022年 4月 1日 保険薬局の長 署名: ノバ 華子

保険薬局名: 株式会社 ノバ薬局

処方元医療機関名: ノバ精神医療センター

連絡先

処方元医療機関	氏名	TEL
CPMS登録医	東麓 遺子	012-345-6789
クロザリル管理薬剤師	役座 猪子	012-345-6789
CPMSコーディネート業務担当者	神護 志	012-345-6789
保険薬局		
保険薬局クロザリル管理薬剤師	ノバ 華子	012-345-9999

クロザリル投与中の患者の処方箋を受け入れた場合の手順

- ① 患者が来訪する。
- ② クロザリル管理薬剤師は、患者から(1)処方箋(2)クロザリル血液検査確認書を受領する。
- ③ クロザリル管理薬剤師はクロザリル血液検査確認書から患者を特定し、eCPMS上で処方可能と判断されていること、処方量及び次回血液検査日までの処方日数を再確認した上で、問題のない場合は「CPMS確認表(クロザリル管理薬剤師用)」に記録する。また、患者がクロザリル血液検査確認書を持参していない場合は、処方元のCPMS登録医療機関からFAXにて当該患者のクロザリル血液検査確認書を取り寄せ、eCPMSの画面内容と受領したクロザリル血液検査確認書および処方箋の内容を照合する。
- ④ クロザリル管理薬剤師は、調剤と払い出しを行う。

クロザリル血液検査確認書

当該患者さまは、以下のように血液検査を実施し、クロザリルの服用が可能であることを確認しました。eCPMSでご確認の上、調剤をお願いします。

eCPMS患者登録番号: _____

血液検査実施日: _____

次回検査予定日: _____

医療機関名: _____ 所属: _____

署名: _____

※必要に応じ、署名者の連絡先をご記入ください。