

# クロザリルに関する医療連携の手順書改訂記録

承認要請に際して作成した医療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:	TEL:	氏名:	TEL:

## 【CPMSコーディネイト業務担当者 (窓口担当者)】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:

## 【転院元医療機関の精神科医】

変更前		変更後	
氏名:	TEL:	氏名:	TEL:
施設名:		施設名:	

## 【無顆粒球症対応医療機関の精神科医】

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:	TEL:	氏名:	TEL:
施設名:		施設名:	

## 【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】

--

年 月 日

施設名: \_\_\_\_\_

確認者(署名): \_\_\_\_\_

※ 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。

本書類の「**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改訂記録

CPMS登録要請時に作成したクロザリルに関する医療連携手順書の変更を申請する書類です。

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。

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

変更前後の担当者名をご記載ください。  
変更前に関しては、不明の場合は空欄でも問題ございません。

備考の記載は必須ではございません。

確認者は日付、施設名を記入の上、「署名」もしくは「記名押印」でお願いします。  
署名者は貴医療機関所属のスタッフであれば誰でも可

## クロザリルに関する医療連携の手順書改訂記録

承認要請に際して作成した医療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】

--

2022 年 9 月 23 日

施設名: ノバ大学医学部附属病院

確認者(署名) 上野 花子