

クロザリルに関する医療連携の手順書改訂記録

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

②登録済み連携医療機関内で新たな血液内科医を追加する場合（手順書改訂記録）

対象：院内・院外連携共通

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:

【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:	

変更内容を記載：

変更後に現在の血液内科医と追加になる血液内科医の情報を併記してください。

注1：同一医療機関の血液内科医の追加のみ可能です。（変更後に追加の血液内科医のみ記載された場合、変更として取り扱いません。）

注2：異なる連携施設を追加する場合は⑧を参照すること。

【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】

血液内科医追加

変更理由を記載：

変更理由をご記載ください。

作成日・作成者の署名：

署名者は施設の所属者であれば役職・所属は問いません。

2024年 4月 1日

施設名: ノバ精神医療センター

確認者(署名): 田中 花子