

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

④登録済み連携医療機関内で精神科医を変更する場合 (手順書改訂記録)

対象：院外連携要件A

変更内容を記載：

変更後に連携先精神科医の情報を記載ください。

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。

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: 03-2345-6789	氏名: 高橋 次郎	TEL: 03-2345-8765
施設名: ノバ大学病院		施設名: ノバ大学病院	

【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】

連携先精神科医交代

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