

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

⑦登録済み連携医療機関を他の連携医療機関へ変更する場合（様式8）

申請者情報を記入：

施設の所属者であれば役職・所属は問いません。

要請内容を記入：

「登録内容の変更」をチェックしてください。

【理由】は「その他」を選択し、連携先医療機関を変更する旨のコメントを記入してください。

現在の登録内容を記入：

登録を変更する連携先医療機関名、科名、医師名を記入してください。

登録変更後を記入：

変更後の連携先医療機関名、科名、医師名を記入してください。

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：2024年 3月 20日 変更希望日：2024年 4月 1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：ノバ精神医療センター 代理記入者名：田中 花子

【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(連携先医療機関変更)

【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) さとう たろう

氏名：佐藤 太郎

所属する科,担当：血液内科

(ふりがな) のばだいがくびょういん

医療機関(保険薬局)名：ノバ大学病院

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(連携先医療機関)**

(ふりがな) かね じろう

氏名：鈴木 次郎

所属する科,担当：血液内科医

(ふりがな)

医療機関(保険薬局)名：日本血液総合病院

連絡先： 電話：

FAX：

E-mail：

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

⑦登録済み連携医療機関を他の連携医療機関へ変更する場合（様式22）

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。

血液内科等医師の要件についてチェックまたは記入

※ 1のチェックは**必須**です。
 ※ 日本血液学会の会員の場合
 → 2の「Yes」にチェックをしてください。
 同枠内の他項目（2-A, 2-B, 治療経験の具体的な内容）の
 チェック・記入は不要です。
 ※ 日本血液学会の会員ではない場合
 → 2の「No」にチェックをしてください。
 → 2-A及び2-Bの当てはまる項目全てにチェックをしてください。
**無顆粒球症の治療経験の判断のため、2-A及び2-Bの
 両項目にそれぞれ1つ以上のチェックが必須となります。**
 → 治療経験の具体的な内容欄にご記入ください。（記入必須）

医療連携承諾書

提出先：クロザリル適正使用委員会

2024年 4月 1日

施設名：日本血液総合病院

所属科：血液内科

(ふりがな) 鈴木 次郎
 氏名(署名): 鈴木 次郎

当医療機関は、クロザリル投薬患者に好中球減少症・無顆粒球症が発現し、血液内科医等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）医療機関名：ノバ精神医療センター

また、私はCPMS運用手順で定める血液内科医等の要件（1かつ2(もしくは1かつ2-Aかつ2-B)にチェックがある)を以下の通り満たしております。

1. 無顆粒球症の治療に十分な経験を有する..... Yes
2. 日本血液学会の会員である..... Yes No
- ※ 上記2で「No」にチェックが入った場合(日本血液学会の会員でない場合)、以下2-Aかつ2-Bにおいて当てはまる項目それぞれ1つ以上にチェックを入れてください。
- 2-A ← 2-Aのチェックボックス3つのうち、最低1つにチェックが必要
- 日本感染症学会の会員である
- 日本臨床腫瘍学会の会員である
- その他の学会会員である(..... 学会)
- 2-B. <治療経験の具体的な内容欄もご記入ください> 2-Bのチェックボックス3つのうち、最低1つにチェックが必要
- 血液内科疾患の入院患者の治療経験を有する(初期研修期間は除く)
- 血液内科入院患者に関する感染症コンサルテーション経験を有する
- 血液内科疾患以外の無顆粒球症の治療経験を有する
- 治療経験の具体的な内容(治療人数、疾患名、治療内容等):

日本血液学会会員以外の場合、
 治療経験の具体的な内容の記入が必要

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

⑦登録済み連携医療機関を他の連携医療機関へ変更する場合（手順書）

連携タイプによりひな形が異なりますため、クロザリル適正使用委員会事務局までお問い合わせください。

問合せ先：Clozaril.tekisei@novartis.com

注）
手順書には精神科の長の署名をお願いします。
連絡表は血液内科医及び連携先精神科医（院外連携要件A）の欄のみでの記載結構です。

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

⑦登録済み連携医療機関を他連携医療機関へ変更する場合（覚書）

院内連携：該当せず
（CPMS登録医療機関と無顆粒球症対応医療機関が同じ）

院外連携（要件A/要件B）：該当する
（CPMS登録医療機関と無顆粒球症対応医療機関が異なる）
連携タイプによりひな形が異なりますため、クロザリル適正使用委員会事務局までお問い合わせください。
問合せ先：Clozaril.tekisei@novartis.com

院内連携	ノバ大学病院
	野庭 一部
	2024年 4月 1日

	氏名**	連絡先 1：通常連絡先 (医局・病棟・外来等) TEL・内線(PHS)	連絡先 2：緊急連絡先 (任意)
精神科医			
血液内科医等	結茎 一部	内線：1234	
糖尿病内科医	(*)		

院外連携要件A	ノバ大学病院
	野庭 一部
	2024年 4月 1日

	氏名**	連絡先 1：通常連絡先 (医局・病棟・外来等) TEL・内線(PHS)	連絡先 2：緊急連絡先 (任意)
精神科医			
血液内科医等 (連携医療機関)	結茎 一部 (*ノバ大学病院)	03-1234-5678	
糖尿病内科医 (連携医療機関)	(*)		
精神科医 (連携先医療機関)	聖慎 花子 (*ノバ大学病院)	03-1234-5678	

院外連携要件B	ノバ大学病院
	野庭 一部
	2024年 4月 1日

	氏名**	連絡先 1：通常連絡先 (医局・病棟・外来等) TEL・内線(PHS)	連絡先 2：緊急連絡先 (任意)
精神科医			
血液内科医等 (連携医療機関)	結茎 一部 (*ノバ大学病院)	03-1234-5678	
糖尿病内科医 (連携医療機関)	(*)		
クロザリル 管理薬剤師			
CPMS コーディネート 業務担当者			
CPMS センター ノバルティス ファーマ	秋葉 達彦		

	氏名**	連絡先 1：通常連絡先 (医局・病棟・外来等) TEL・内線(PHS)	連絡先 2：緊急連絡先 (任意)
精神科医			
血液内科医等 (連携医療機関)	結茎 一部 (*ノバ大学病院)	03-1234-5678	
糖尿病内科医 (連携医療機関)	(*)		
クロザリル 管理薬剤師			
CPMS コーディネート 業務担当者			
CPMS センター ノバルティス ファーマ	秋葉 達彦	電話番号	0120-977-327