

3. 無顆粒球症に関する医療連携の変更

⑧新たに連携医療機関を追加する場合（様式22）

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

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：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

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。

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。

CPMS登録(通院)医療機関：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。

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)

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

⑧新たに連携医療機関を追加する場合（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。

連絡表は糖尿病内科医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

⑧新たに連携医療機関を追加する 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 |

連絡表

| 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 | 内線：1234 |
| 糖尿病内科医 (連携医療機関) | (*) | |

院外連携要件A

| |
|-------------|
| ノバ大学病院 |
| 野庭 一部 |
| 2024年 4月 1日 |

連絡表

| 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 |

連絡表

| 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 |