

## 4. 糖尿病に関する医療連携の変更

④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  
(様式23)

様式 23

### 医療連携承諾書

提出先：クロザリル適正使用委員会

日付を記載：

※ 連携を承諾した日（署名日）をご記載ください。

2024年 4月 1日

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。

施設名：日本総合内科病院

所属科：内科

(ふりがな) かね かんじろう

氏名(署名): 鈴木 甘次郎

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

糖尿病内科等医師の要件についてご確認ください。  
チェック等は不要です。

当医療機関は、クロザリル投薬患者に耐糖能異常が発現し、糖尿病内科医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。

また、私はCPMS運用手順で定める糖尿病内科医の要件(下記1から3のいずれか)を満たしております。

本剤の治療中に耐糖能異常・糖尿病を発現した患者の状態を、CPMS登録医が随時報告し、相談でき、また、同患者の耐糖能異常・糖尿病の治療を依頼可能な内科医であり、次のいずれかの医師

1. 日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医
2. 糖尿病治療薬開発の治験に治験責任医師・治験分担医師として参加した経験を有する内科医
3. 既に、CPMS登録医および他の精神科医が、統合失調症の患者に発現した耐糖能異常・糖尿病の診断および治療について連携している医師で、糖尿病の治療経験が5年以上ある内科医

## 4. 糖尿病に関する医療連携の変更

- ④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  
(連携手順書)

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。

## 4. 糖尿病に関する医療連携の変更

④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  
(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(連携先血液内科変更)

【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：佐糖 太郎

所属する科,担当：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(連携医療機関)\*\*

(ふりがな) すずき かんじろう

氏名：鈴木 甘次郎

所属する科,担当：内科

(ふりがな)

医療機関(保険薬局)名：日本総合内科病院

連絡先： 電話：

FAX：

E-mail：