

## 4. 糖尿病に関する医療連携の変更

### ⑤新たに連携医療機関を追加する場合（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

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。

### 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。

### 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。

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

### ⑤新たに連携医療機関を追加する場合（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。