

## 6. CPMS登録保険薬局に関する変更

### ④処方元医療機関を変更する場合（様式8）

## 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・代理記入者名

申請者は、CPMS未登録医療従事者による代理申請も可能です。

施設名： ノバ総合薬局 代理記入者名： 佐藤 三郎

#### 【要請内容】

「登録の削除」にチェックしてください。

#### 【理由】

「その他」を選択し処方元医療機関削除の旨記入してください。

#### 【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( 処方元医療機関の変更 )

#### 【現在の登録内容】

 CPMS登録医 /  クロザリル管理薬剤師 /  CPMSコーディネータ業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネータ業務担当者 /  その他( )\*\*

(ふりがな)

氏 名： \_\_\_\_\_

所属する科, 担当： \_\_\_\_\_

(ふりがな) のばせいんいりゆうせんたー医療機関(保険薬局)名： ノバ精神医療センター

連絡先： 電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

#### 【現在の登録内容】

削除する処方元医療機関を記載ください。

#### 注)

複数の処方元医療機関を登録している場合に有効です。

保険薬局のCPMS登録削除は③を参照すること

#### 【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コーディネータ業務担当者  
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネータ業務担当者 /  その他( )\*\*

(ふりがな)

氏 名： \_\_\_\_\_

所属する科, 担当： \_\_\_\_\_

(ふりがな)

医療機関(保険薬局)名： \_\_\_\_\_

連絡先： 電話： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

## 6. CPMS登録保険薬局に関する変更

### ④処方元医療機関を変更する場合（様式16）

#### CPMS登録要請日を記載

※ 要請日はCPMS登録申請書類提出日をご記載ください。

要請日: 2024年 4月 日

#### 保険薬局名を記載

※ 本書類に記載の名称にてCPMSに登録されます。

※ ふりがなもご記載ください。

#### 【登録要請保険薬局】

(ふりがな) のぼるていすやつきよく とらのもんでん  
保険薬局名: ノバルティス薬局 虎ノ門店

所在地: (〒 105 - 6333 ) 東京都港区虎ノ門1丁目23番1号

#### 要件1及び要件2のすべての該当項目のチェックを確認したうえで、保険薬局の長が署名または記名・捺印

<要件1> 以下の要件を満たすことを確認の上、にチェックを入れてください。

インターネットが使えること[eCPMS(Web site)にアクセス可能である] ..... Yes   
 処方元の医療機関を連携医療機関として併せて登録できる ..... Yes   
 処方元の医療機関はCPMS登録医療機関またはCPMS登録通院医療機関(登録要請中の医療機関でも可)である ..... Yes

<要件2> 以下の要件を予定できることを確認の上、にチェックを入れてください。

..... Yes   
 取扱い手順書を作成した ..... Yes   
 CPMS運用手順を遵守することを約束する ..... Yes

当保険薬局は、CPMS運用手順を遵守することを誓約し、CPMSの登録を要請します。

#### 【処方箋を受領する保険薬局の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな) のば たろ  
氏名: 野場 太郎 (野場印)

連絡先: 電話: 03-1234-5678 FAX: 03-5678-1234

E-mail: nova@pharma.com

当医療機関に通院してクロザリルを服薬している患者の情報をeCPMSにて確認することを了承します。

#### 【処方箋を発行する医療機関の精神科の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな) のぼるていすびょういん  
医療機関名: ノバルティス病院

(ふりがな) くらぎ りる  
氏名: 黒座 理溜 (黒座印)

#### 電話・FAX・E-mailアドレスを記載

※ 電話・FAX・E-mailアドレスは個人のもの以外に、施設の代表番号等の共有のものでも構いません。

※ CPMS登録後にCPMSセンターからの連絡先になるため、保険薬局の長のE-mailアドレスは必ずご記載ください。

#### 処方元医療機関の精神科長が署名または記名・捺印

## 6. CPMS登録保険薬局に関する変更

### ④処方元医療機関を変更する場合（手順書）

#### 作成日付の記載・保険薬局の長の署名

- ※ 手順書を作成した日付をご記載ください。
- ※ 保険薬局の長の署名は自署ください。

#### クロザリル管理薬剤師（窓口担当者）を指名

- ※ いずれかに☑を入れてください。
- 保険薬局の長がクロザリル管理薬剤師（保険薬局）の場合は、☑保険薬局の長と同じにチェックしてください。
- 保険薬局の長がクロザリル管理薬剤師（保険薬局）でない場合は、☑保険薬局の長と異なるにチェックを入れ、右にクロザリル管理薬剤師（保険薬局）の氏名を記載ください。

#### 保険薬局名を記載

- ※ 様式16に記載された保険薬局名と同じとなります。

#### 処方元医療機関名を記載

- ※ 様式16に記載された医療機関名を同じとなります。
- ここに記載された医療機関以外からの処方箋は応需できません。

本手順書は、当保険薬局における、クロザリルの調剤と払い出しについての手順をまとめたものである。

作成日付	2024年4月1日	保険薬局の長 署名	ノバ薬子
クロザリル管理薬剤師 （窓口担当者）	<input type="checkbox"/> 保険薬局の長と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 保険薬局の長と異なる （右の欄に氏名を記載）		黒座 薬男
保険薬局名	株式会社 ノバ薬局		
処方元医療機関名	ノバ精神医療センター		

#### クロザリル投与中の患者の処方箋を受け入れた場合の手順

- ① 患者が来訪する。
- ② クロザリル管理薬剤師は、患者から(1)処方箋 (2) クロザリル血液検査確認書を受領する。
- ③ クロザリル管理薬剤師はクロザリル血液検査確認書から患者を特定し、eCPMS上で処方可能と判断されていること、処方量及び次回血液検査日までの処方日数を再確認した上で、問題のない場合は「CPMS 確認表（クロザリル管理薬剤師用）」に記録する。また、患者がクロザリル血液検査確認書を持参していない場合は、処方元のCPMS登録医療機関からFAXにて当該患者のクロザリル血液検査確認書を取り寄せ、eCPMSの画面内容と受領したクロザリル血液検査確認書および処方箋の内容を照合する。
- ④ クロザリル管理薬剤師は、調剤と払い出しを行う。

クロザリル血液検査確認書

当該患者さまは、以下のように血液検査を実施し、クロザリルの服薬が可能であることを確認しました。eCPMSで確認の上、調剤をお願いします。

患者氏名： \_\_\_\_\_

eCPMS患者登録番号： \_\_\_\_\_

血液検査実施日： \_\_\_\_\_

次回検査予定日： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_ 所属： \_\_\_\_\_

署名： \_\_\_\_\_

※必要に応じ、署名者の連絡先をご記入ください。