

6. CPMS登録保険薬局に関する変更

⑥処方元医療機関を追加する場合（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 1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	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>

<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。

管理薬剤師を2名以上有する	Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
取扱い手順書を作成した	Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
CPMS運用手順を遵守することを約束する	Yes	<input checked="" type="checkbox"/>

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

⑥処方元医療機関を追加する場合（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。