

医療連携承諾書

提出先：クロザリル適正使用委員会

年 月 日

施設名： _____

所属科： _____

(ふりがな)
氏名(署名): _____

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： _____

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。

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. 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.<治療経験の具体的内容欄もご記入ください>** 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

治療経験の具体的内容(治療人数, 疾患名, 治療内容等): _____

以上

【様式22】 医療連携承諾書

クロザリル服用患者に無顆粒球症・好中球減少症が発生した際に、CPMS登録医療機関の要望に基づき、治療等について適切な助言を行うことを承諾したことを証明するための書類です。

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、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。

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。

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)**

医療連携承諾書

提出先：クロザリル適正使用委員会

2021年 9月 1日

施設名：ノバ大学医学部附属病院

所属科：血液内科
はちけつ きゅう

(ふりがな)
氏名(署名)：八傑 休

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。

ノバ精神医療センター

CPMS登録(通院)医療機関

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。

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>

- 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
- ← 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

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