

登録通院医療機関への転院^{※注}にかかる事前報告書

※注：本報告書は、CPMS 登録通院医療機関から CPMS 登録通院医療機関への直接の転院、または緊急時に搬送が困難な他地域に位置する CPMS 登録医療機関からの転院患者を受け入れる際にご提出ください。

提出先：CPMS（Clozaril Patient Monitoring Service）センター （Fax：03-6257-3624）

クロザリル服薬患者の転院について、以下の通り事前報告いたします。

報告日： 年 月 日

登録通院医療機関名
（貴医療機関名）：

報告者の署名
CPMS登録医：

以下①～④を確認の上、ご記入ください。

① 転院前 患者登録番号	-	(本報告書は、1名の患者さんに対して1枚ずつ作成してください)
② 転院前 医療機関名		
③ 無顆粒球症等発生時の緊急時対応について	☐ 連携する CPMS 登録医療機関へ下記事項を全て説明の上、当該患者における好中球減少症・無顆粒球症等の緊急時には、連携する CPMS 登録医療機関より協力いただけることについて合意を取得した。（チェック必須）	
	説明事項 ● 当該患者は、連携する医療機関からの転院患者ではないこと ● 当該患者は、当院への直接の転院を希望している、もしくは、当院へ直接転院せざるを得ない理由があること ● 当該患者の患者背景情報やクロザリル服薬状況等 ● 当該患者において好中球減少症・無顆粒球症等が発生した場合、連携する CPMS 登録医療機関は、既に当院との間で合意済の医療連携及び緊急時の患者搬送措置に関する覚書に従う等、緊急時への対応に協力すること	
④ 連携する CPMS 登録医療機関名および合意を得た精神科長名	連携する CPMS 登録医療機関名 医療機関名：_____ 当該患者の無顆粒球症等緊急時対応への協力について合意した精神科長名 氏名：_____	