島根県クロザピン治療支援事業

申 込 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　申込年月日　　　　　年　　　月　　　日

申込元医療機関名：

　　　　担当者名：

　　　　　　　連絡先：電話/

　　　　　　　　　　 FAX/

依頼先　　※次の医療機関のうち１つにチェック欄に記入してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェック欄 | 医療機関名 | 担当者 | FAX |
|  | 島根大学医学部附属病院　精神科神経科外来　御中 | 長濱 道治 | 0853-20-2258 |
|  | 島根県立こころの医療センター　御中 | 高尾　碧 | 0853-30-2000 |
|  | 社会医療法人清和会　西川病院　医療相談室　御中 | 地主　礼 | 0855-22-3680 |

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼内容 | * ①CPMS登録手続きにおける相談 * ②治療導入の対象か否かの相談 * ③クロザピン治療の導入（転院による患者受入れ） * ④その他（職員研修等） |
| 依頼内容②又は③をご希望の場合 | |
| 患者概要 | ・年　齢　　　　　歳代・性　別　　　男性　/　女性  ・診断名　　　　　　　　　　　　・血液型  ・薬剤既往歴 （難治性統合失調症と判断した理由）  　　　　　※統合失調症薬物治療ガイドライン（日本神経精神薬理学会）をご参照ください   |  |  | | --- | --- | | 反応性不良 | □有　　　　　　　□無 | | 抗精神病薬１ | 薬剤名【　　　　　　　　　　　】  投与量【　　　　　　】mg/日　以上を４週間以上使用 | | 抗精神病薬２ | 薬剤名【　　　　　　　　　　　】  投与量【　　　　　　】mg/日　以上を４週間以上使用 |   非定型抗精神病薬併用の場合はchlorpromazine換算で最も投与量が多い薬剤を対象（ただし換算で600mg/日以上）   |  |  | | --- | --- | | 耐容性不良 | □有　　　　　　　□無 | | 非定型精神病薬１ | 薬剤名【　　　　　　　　　　　】  副作用【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | 非定型精神病薬２ | 薬剤名【　　　　　　　　　　　】  副作用【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |   ・その他、糖尿病をはじめとした内科合併症や、白血球・好中球数等、特記事項がありましたら、任意様式で添付ください。 |
| 依頼内容③をご希望の場合 | |
| 確認事項 | ■CPMS登録状況□登録済　　　□今後登録予定   * 患者及びその家族へ治療説明をして同意を得ている * 患者が導入期において転院して治療をすることに同意している * 患者の希望に応じて安定期に入ったら再度自院で入院の受入れができる |