

クロザリルに関する医療連携の手順書改訂記録

承認要請に際して作成した医療連携手順書について、以下の変更を行う。

手順書の連絡表に記載されている担当者（各役割の窓口担当者）氏名／連絡先／施設名

【CPMS登録医 (窓口担当者)】

| 変更前 | | 変更後 | |
|-----|------|-----|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |

【クロザリル管理薬剤師 (窓口担当者)】

| 変更前 | | 変更後 | |
|-----|------|-----|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |

【CPMSコーディネイト業務担当者 (窓口担当者)】

| 変更前 | | 変更後 | |
|-----|------|-----|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |

【転院元医療機関の精神科医】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【無顆粒球症対応医療機関の精神科医】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【血液内科医等】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【耐糖能異常(糖尿病)担当内科医】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【備考】

| |
|--|
| |
|--|

年 月 日

施設名: _____

確認者(署名): _____

※ 連携している院外施設の医師の変更の場合は、施設名をご記入ください。

本書類の「**原本**」は医療機関で保管し、「**写(コピー)**」を様式8とともにクロザリル適正使用委員会へご提出ください。

手順書改訂記録 の記入見本

クロザリルに関する医療連携の手順書改訂記録

承認要請に必要なケーススタディー実施後に作成した連携手順書について、以下の変更を行う。

手順書の連絡表に記載されている担当者（各役割の窓口担当者）氏名／連絡先／施設名

【CPMS登録医（窓口担当者）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|-----|------|-----|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |

【クロザリル管理薬剤師（窓口担当者）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|-----------|-------------|-----------|-------------|
| 氏名: 東京 一郎 | TEL: 内線1111 | 氏名: 上野 花子 | TEL: 内線2222 |

【CPMSコーディネータ業務担当者（窓口担当者）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|-----|------|-----|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |

【連携先施設の精神科医（院外の施設との連携時）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【血液内科医等】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| 氏名: 恵比寿 三子 | TEL: 090-1111-2222 | 氏名: 原宿 四郎 | TEL: 090-2222-3333 |
| 施設名: ノバ大学医学部附属病院 | | 施設名: ノバ大学医学部附属病院 | |

【耐糖能異常(糖尿病)担当内科医】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【備考】

東京 一郎: 退職
恵比寿 三子: 異動

年 月 日

施設名: ノバ大学医学部附属病院

確認者(署名): 上野 花子

※ 連携している院外施設の医師の変更の場合は、施設名をご記入ください。
本書種の「原本」は医療機関で保管し、「写(コピー)」を様式8とともにクロザリル適正使用委員会へご提出ください。

クロザリルに関する医療連携の手順書（医療機関用）あるいは保険調剤薬局におけるクロザリル取扱いの手順書（保険薬局用）の連絡表に記載のある担当者の情報に変更が生じた場合は、手順書改訂記録に変更内容を記入後、「原本」は貴施設で保管し、「(写)コピー」をクロザリル適正使用委員会事務局へご提出ください。

保険薬局におけるクロザリル取扱いの手順書改訂記録

承認要請に必要なケーススタディー実施後に作成した取扱いの手順書について、以下の変更を行う。

手順書の連絡表に記載されている担当者（各役割の窓口担当者）の氏名／連絡先／施設名

【保険薬局のクロザリル管理薬剤師（窓口担当者）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------------|-------------------|-----------|-------------------|
| 氏名: 虎ノ門 花子 | TEL: 03-2222-3333 | 氏名: 銀座 次郎 | TEL: 03-2222-3333 |

【処方元医療機関のCPMS登録医（窓口担当者）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【処方元医療機関のクロザリル管理薬剤師（窓口担当者）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| 氏名: 東京 一郎 | TEL: 03-1111-2222 | 氏名: 上野 花子 | TEL: 03-1111-2222 |
| 施設名: ノバ大学医学部附属病院 | | 施設名: ノバ大学医学部附属病院 | |

【処方元医療機関のCPMSコーディネータ業務担当者（窓口担当者）】

| 変更前 | | 変更後 | |
|------|------|------|------|
| 氏名: | TEL: | 氏名: | TEL: |
| 施設名: | | 施設名: | |

【備考】

東京 一郎: 退職
虎ノ門 花子: 薬局の管理薬剤師交代

年 月 日

保険薬局名: ノバ薬局

確認者(署名): 銀座 次郎

※ 本書種の「原本」は施設で保管し、「写(コピー)」を様式8とともにクロザリル適正使用委員会へご提出ください。

1. 連携先医療機関の担当者を変更される場合は施設名もご記入ください。
2. 変更される理由をご記入ください。
3. 作成された日付及び施設名をご記入いただき、確認者のご署名をお願い致します。

注意：変更前の担当者のCPMS登録を削除される場合はその方の登録削除に関する様式8の提出も必要です。