**中止後／休薬中用**

CPMS検査日変更に関する事前報告書

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血液検査を下記の通りに行います。

報告日：　　　　年　　　月　　　日　（**次回検査期限の前日まで**に報告してください）

医療機関名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |
| クロザリル中止／休薬の理由注意：検査値異常のため投与中止した場合は，検査日の変更はできません | 同意を得ていることを確認の上，チェックを入れてください |
| □ | 症状改善のため |
| □ | 有害事象のため |
| □ | 効果不十分のため |
| □ | その他の理由： |  |
| 検査日変更に関する同意 | □ | 同意済み |
| 次回検査期限 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 変更後の血液検査実施予定日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （**次回検査期限の翌日**と　なります） |

報告者の署名（直筆）

CPMS登録医：

CPMSコーディネート業務担当者：

【CPMSセンター処理欄】(1年保管後廃棄書類)



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受入日 | 処理日 | システムチェック |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日221201 |