**服薬中用**

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：

同意を得ていることや必要事項を確認の上，チェックを入れご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | | | | |
| 検査日変更に関する同意 | □ | 同意済み | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18週間の服薬 | □ | クロザリル服薬開始後18週間が経過していることを確認しました | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| クロザリル投与開始日： | | | | | | |  | | | | 年 | |  | | 月 |  | | 日 |
| 直近の血液検査実施日 |  | | | 年 |  | | 月 | |  | | 日 | | | | | | | | |
| 直近の血液検査値 | 白血球数： | |  | | | /mm3 | | | | 好中球数： | | | | |  | | | /mm3 | |
| （**グリーン**であることが必要です） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |