

CPMS登録保険薬局での クロザリル院外処方箋応需の手順

-eCPMS画面*と確認ポイント**-

* 画面確認のみで入力箇所はありません

** 確認ポイントは  オレンジの吹き出し 部分です

2024.08.05

患者さんの来院時に①②を確認

① クロザリルを含む院外処方箋

処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				(枝番)			
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	男・女	電話番号				保険医氏名			
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									

② 血液検査確認書

クロザリル血液検査確認書	
当該患者さまは、以下のように血液検査を実施し、クロザリルの服薬が可能であることを確認しました。eCPMSでご確認の上、調剤をお願いします。	
患者氏名：	I. H.
eCPMS 患者登録番号：	0008-095
血液検査実施日：	2020/12/18
次回検査予定日：	2020/12/25
医療機関名：	クロザリル病院 所属：看護部
署名：	(自筆署名)
※必要に応じ、署名者の連絡先をご記入ください。	

この書面の内容および運用については、
予め処方元病院と調整してください。

②が無いときは、処方元のCPMSコーディネーター業務担当者
に再発行を依頼してFAXで受領してください。



利用者IDとパスワードを入力して
OKボタンを押してください。

利用者ID

パスワード 

OK

クリア

パスワードを忘れてしまった場合
ログインができない場合

仮パスワードの再発行

お知らせ

new [2022.01.31 PostMaNetモニタリングサービスのWebサイトを騙る不審なサイトにご注意ください。](#)

i [2018.04.16【重要:ご一読ください】TLS1.0の無効化に伴う一部OS・ブラウザの利用制限について\(2018年6月25日予定\)](#)

i [2012.10.14 PostMaNetモニタリングサービスのログインページが新しくなります。](#)

運用に関するお知らせ

-- ご利用いただける時間 --

i [「PostMaNetモニタリングサービスのご利用時間カレンダー」をご覧ください。](#)

ようこそ！ 調剤薬局薬剤師 先生

[パスワードの変更](#)

処方箋を発行した病院を
「クリック」する

施設名をクリックしてください。

No.	施設名	調査テーマ
1	正式佐藤病院	クロザリル患者モニタリング
2	クロザリル病院	クロザリル患者モニタリング
3	クロザリルCP病院	クロザリル患者モニタリング
4	CPMS病院	クロザリル患者モニタリング
5	CPMS2病院	クロザリル患者モニタリング

クリック

データの表示・保存が正常に行われない場合がありますので、以下の操作は行わないでください。

- ・ 同時に複数の画面またはタブウィンドウにて操作を行う。
- ・ 処理が終了しないうちに、他のボタンやリンクを押す。
- ・ 同じボタンやリンクを連打したり、ブラウザの「戻る」「進む(次)」「更新(再読み込み)」ボタンを押す。

施設名 : クロザリル病院

メニューを選択してください。



[アラームリスト](#)



[報告書の状況確認・記載・修正](#)

- ・ [医療従事者の登録内容の修正・削除はこちら](#)
- ・ [クロザリルWeb 講習資料はこちら](#)
- ・ [CPMS センターのホームページ \(CPMS ニュース、血液検査・転院等のFAQ、検査日変更等\)](#)
- ・ [CPMS 検査日変更に関する事前報告はこちら](#)
- ・ [CPMS サポート資材はこちら](#)

報告書の
状況確認・記載・修正
を「クリック」する

ク
リ
ッ
ク

お知らせ

[年プルダウン延長テスト](#)
[夏季休暇のお知らせ](#)

施設 患者情報

患者数	本日期限 患者数	休業数	投与 中止数	検査 終了数	再調査 依頼数	規定違反 報告書数
66	0	7	6	22	11	106

施設 医療従事者情報

[施設医療従事者情報の参照](#)

操作についてのお問合せ : TEL 0120-977-327
Mail cpms.japan@novartis.com

患者一覧画面へ

患者一覧

報告書名	クロザリル患者モニタリング	施設名	クロザリル病院	施設登録番号	0008
------	---------------	-----	---------	--------	------

以下の項目を指定し、「検索」を押してください。症例患者の一覧が表示されます。

患者登録番号 もしくは 旧患者登録番号 検査終了患者・転院患者以外を表示 転院(転入)患者を表示 報告書番号

本日が期限の患者 本日が検査予定日の患者 遅延 一次承認済の患者(再調査以外) 一次承認未完了の患者(再調査以外) 一次、二次承認者名

性別 生年月日 血液型 イニシャル 並び 患者登録番号

患者登録番号をクリックすると報告書一覧画面が表示されます。

白血球・好中球検査期限をクリックすると報告書入力画面が表示されます。 66件中 61 - 66 件目: [1-](#) [11-](#) [21-](#) [31-](#) [41-](#) [51-](#) [61-](#)

No.	選択	患者登録番号	性別	患者名等	生年月日 血液型	クロザリル処方	血糖・ HbA1c 検査頻度	変更後の 検査間隔	血糖 検査期限	HbA1c 検査期限	患者の 状態	前回の 白血球数	前回の 好中球数	白血球 検査
					1974/01/16 O	その他理由による休薬	A		2019/04/15	2019/04/15	グリーン (週一回)			2019/04
					2000/07/13 A	その他理由による休薬	A			04/15	グリーン (週一回)			2019/04
63	<input type="checkbox"/>	0008-095	AA 男	●山○夫	2000/11/20 A	継続中	A		2021/02/12	2021/02/12	グリーン (週一回)	*****	*****	2020/12
64	<input type="checkbox"/>	0008-096	WW 男	●川○子	1974/01/16 A	継続中	A				グリーン (週一回)	*****	*****	2021/06

クロザリル血液検査確認書で
本人確認の後、同書面の
eCPMS患者登録番号を
クリックします

病院で入力した場合
保険薬局でも閲覧可能です

患者個々の
報告書一覧画面へ



報告書一覧

CPMS

利用者ID CPMS99999M 利用者名 調剤薬局薬剤師 先生 ログイン 2024/08/05 11:04:39 前回ログアウト ----/--/-- --:--:--

報告書一覧

| ログアウト | 調査テーマ選択 | 機能選択メニュー | 患者一覧 |

施設名	クロザリル病院	施設登録番号	0008	患者登録番号	0008-095	イニシャル	AA	患者名等	●山〇夫	性別	男	血液型	A	生年月日	2000/11/20
-----	---------	--------	------	--------	----------	-------	----	------	------	----	---	-----	---	------	------------

以下の項目を指定し、「検索」を押してください。報告書の一覧が表示されます。

送信日(白血球・好中球検査期限) から まで 並び 送信日

※「送信日(白血球・好中球検査期限)」は、yyyymmdd形式で入力してください。

病院で入力した場合
保険薬局でも閲覧可能です

送信日(白血球・好中球検査期限)をクリックすると報告書入力画面が表示されます。 7件中 1 - 7 件目: 1-

No.	送信日 (白血球・好中球 検査期限)	規定違反	報告書番号	クロザリル処方	白血球数	好中球数	血糖値の 測定時	血糖値	HbA1c (NGSP値)	血糖・ HbA1c 検査頻度	変更後の 検査間隔	進捗状況
1	2020/12/25		0006							A		記載可能
2	2020/12/18 11:07		0005	継続または投与開始	*****	*****	*****	*****	*****	A		送信済
3	2020/12/18 13:53:2		0004	継続または投与開始	*****	*****				A		送信済
4	2020/12/18 17:28:34		0003	継続または投与開始	*****	*****				A		送信済
5	2020/12/18 13:28		0002	継続または投与開始	*****	*****				A		送信済
6	2020/12/18 12:32		0001	継続または投与開始	*****	*****				A		送信済

クリック
本日の送信日をクリックします

報告書画面へ

報告書画面

【過去の検査値】

	検査実施日	白血球数	好中球数
過去3週間の白血球数/好中球数	2020/12/11	*****	*****
	2020/12/04	*****	*****

過去の検査数値は表示されません

【検査値】

検査実施日	2020年 12月 18日	
白血球数	***** /mm ³	
好中球数	***** /mm ³	
血糖値の測定時	<input checked="" type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時	
血糖値	**** mg/dL	<p>次回の検査予定日は、2020/12/18です。</p> <p>上記、検査予定日の報告は完了しました。なお、次回の検査予定日は、2021/02/12です。</p> <p>での検査が必要となりますのでご注意ください。</p>
HbA1c(NGSP値)	**** %	<p>次回の検査予定日は、2020/12/18です。</p> <p>上記、検査予定日の報告は完了しました。なお、次回の検査予定日は、2021/02/12です。</p> <p>プロトコールAの固定日の為、許容7日以内での検査が必要となりますのでご注意ください。</p>

クロザリル血液検査確認書に記載している血液検査実施日と照合します

検査数値は表示されません

報告書画面

検査実施日前 血糖検査の実施		<input type="checkbox"/> 有↓ (プロトコールCで4週間隔の場合等)		
検査実施 日前血糖 検査	血糖検査実施日	<input type="text" value="年"/> 年 <input type="text" value="月"/> 月 <input type="text" value="日"/> 日		前回報告書送信から今回検査実施日の間に 血糖検査を実施した場合に入力してくださ い。 (患者状態がグリーン4週かつ、血糖検査が プロトコールCなど) なお、本項目に入力しても血糖検査のプロ トコールおよび検査期限は更新されませ せん。
	血糖値の測定時	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時		
	血糖値	**** mg/dL		
	HbA1c(NGSP値)	**** %		
検査頻度		CPMSに規定された現在の検査頻度は プロトコールAです。		【血糖値】もしくは【HbA1c(NGSP値)】 を入力後、「判定」ボタンをクリックする と検査頻度が表示されます。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく 表示されない場合があります。
内科医と相談	クロザリルの 継続可否	<input type="checkbox"/> プロトコールC患者であるが、継続投与 する。		プロトコールCで本薬剤を継続投与する場 合は、 継続投与 する。
	検査間隔の変 更	<input type="checkbox"/> プロトコールBの間隔に変更し、継続投 与する。 <input type="checkbox"/> プロトコールAの間隔に変更し、継続投 与する。		

チェックされている場合は
表示されます

報告書画面

クロザリル処方	投与	<input checked="" type="checkbox"/> 継続または投与開始 <input type="checkbox"/> 白血球数が過去3週間の最も高い値より 3,000/mm ³ 以上減少したが著しい低下と判断しない	どちらかにチェックがついている ことを確認します	
	休薬	<input type="checkbox"/> 症状改善のため休薬 <input type="checkbox"/> 有害事象のため休薬 <input type="checkbox"/> 来院せずのため休薬 <input type="checkbox"/> その他理由による休薬		
	投与中止	<input type="checkbox"/> 症状改善のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 有害事象のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 効果不十分のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 検査値異常のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> その他理由による投与中止または中止後のフォローアップ		こちらにはチェックはつきません
	検査終了	<input type="checkbox"/> 投与中止患者のフォローアップ期間経過のため終了 <input type="checkbox"/> 休薬4週間経過のため終了 <input type="checkbox"/> 同意撤回のため終了 <input type="checkbox"/> 来院せずのため終了 <input type="checkbox"/> その他理由による終了		
	転院	<input type="checkbox"/> 転院		

【転院先医療機関】

転院先医療機関名	<input type="text"/>	転院の場合は必ず入力してください。
転院先医療従事者名	<input type="text"/>	転院先医療機関の連絡先となるCPMS登録医療従事者名を入力してください。 不明な場合は空欄にしてください。
クロザリル継続の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定	転院の場合は必ず入力してください。

報告書画面

【次回検査期限】		
次回検査期限	2020/12/25 までに検査実施。	【検査値】と【検査結果判定】を入力後、「判定」ボタンをクリックすると次回検査期限が表示されます。
次回検査予定日	2020年 12月 25日	移行予定日 4週検査 移行予定日 <input type="button" value="判定"/>

【処方】		
今回の投与日又は投与開始日	2020年 12月 18日	
今回の投与量	投与量 <input type="text" value="300"/> mg/日 前回の投与 投与日数 <input type="text" value="7"/> 日分	

【コメント】		
コメント	<input type="text"/>	【クロザリル処方】項目の「有害事象のため」を選択した場合は、その有害事象名を入力してください。「その他理由」を選択した場合は、その内容を入力してください。

クロザリル血液検査確認書に記載している
次回検査予定日と照合します

投与量（今回の初日）
投与日数（次回検査予定日まで）と
処方箋の内容に齟齬がないことを確認
します