

クロザピン外来依頼書

作成日： 年 月 日

依頼元医療機関名： _____

医師名： _____

窓口担当者／連絡先： _____

患者イニシャル				生年月日						年齢		性別	
姓		名		西暦		年		月		日		歳	☐ 男 ☐ 女

診断名 (精神科)			
診断名 (身体科)			

現在の処方内容（別紙添付でも可）

--

持効性注射剤の使用

☐ 有 ☐ 無	製品名		直近の実施日		年		月		日
---	-----	--	--------	--	---	--	---	--	---

過去の精神科治療歴（抗精神病薬）

薬剤名		投与量		mg/日	4週間以上の投薬歴	☐ 有 ☐ 無
薬剤名		投与量		mg/日	4週間以上の投薬歴	☐ 有 ☐ 無
薬剤名		投与量		mg/日	4週間以上の投薬歴	☐ 有 ☐ 無
薬剤名		投与量		mg/日	4週間以上の投薬歴	☐ 有 ☐ 無
☐	詳細不明					

血液検査（血算・生化）データの送付について

☐	提供可能（過去6か月～1年程度）	⇒	ご送付をお願いいたします
☐	提供不可		

クロザピン使用に関する同意者・代諾者について（ご家族等）

☐ 有 ☐ 無	続柄・関係性		患者と同居	☐ 有 ☐ 無
---	--------	--	-------	---

入院治療（導入開始から18週間）	☐ 可 ☐ 不可	定期的な血液検査	☐ 可 ☐ 不可
------------------	--	----------	--

事前に地域医療連携センターまでご連絡の上、こちらのシートをFAXまたはメールにて送信下さい。

宛先：東京武蔵野病院 地域医療連携センター

TEL：03-5986-3198 / FAX：03-5986-3167 / メール：iryuu-renkei@tmh.or.jp