クロザピン導入依頼チェックリスト

以下をご確認いただき、通常の診療情報提供書にこの用紙も添付してご依頼ください。

□	ベッドや隔離室の空き状況、院内でのカンファレンスでの検討等で、受け入れが数か月先になることもあります。
□	これまでクロザピンによる治療を受けたことがありません。
□	御家族が同意書に署名してくださることが可能です。または、本人に同意能力があり、本人の署名が可能です。
□	御家族など同意をしてくださる方に、事前説明のため来院していただきます。相談料5500円が自費となります（保険外）。
□	クロザピンによって改善が得られた場合、貴院がCPMS登録医療機関であれば、貴院へお戻りいただきます。貴院がCPMS登録医療機関でない場合は、何らかの形での退院を目指しますので、貴院およびご家族等にご協力いただきます（一生入院という依頼はお受けしていません）。
□	クロザピンによって退院が考慮できるほどの充分な改善が得られなかった場合は、貴院へお戻りいただきます。
□	当院にて詳しい説明や同意書取得を行いますが、貴院においても事前に概略について本人および御家族に説明をお願いします（別紙「説明書（簡略版）」参照）。
□	重大な身体合併症がありません。
□	反応性不良基準ないし耐用性不良基準を満たします。 反応性不良基準：認容性に問題がない限り、2種類以上の十分量の抗精神病薬（1種類以上の非定型抗精神病薬を含む）を、CP換算で600ｍｇ/day以上、4週間以上投与しても、GAF41点以上に相当する状態になったことがない（この2種類のうち1種類が定型抗精神病薬であるならば、1種類以上の定型精神病薬での１年以上の治療歴があることが必要）。 耐用性不良基準：非定型抗精神病薬のうち2種類以上による単剤治療を試みたが、以下のいずれかの理由により十分に増量できず、十分な治療効果が得られなかった患者。遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニア、その他の遅発性錐体外路症状、パーキンソン症状、アカシジア、急性ジストニア
□	安全性に問題がありません（クロザリル添付文書の禁忌を確認）
□	定期的な血液検査が可能です。
□	直近（2か月以内）の検査データが以下です。 白血球数：＿＿＿＿/μl（検査日＿＿＿＿）好中球数：＿＿＿＿/μl（検査日＿＿＿＿） 血糖値：＿＿＿＿mg/dl（検査日＿＿＿＿） HbA1c：＿＿＿＿%（検査日＿＿＿＿）
□	血液型＿＿＿＿＿型

病院長および主治医の署名をお願いします

医療機関名　　病院長：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿