

クロザリル外来依頼書

依頼医療機関名: _____

医師名: _____

ふりがな				生年月日	年齢			
氏名				年	月	日	歳	
住所								
電話	携帯				自宅			連絡希望 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
家族氏名 (同意者・代諾者)	①			続柄	②		続柄	
診断名 (精神科)								
診断名 (身体科)								
罹病期間	年			月	日	～		

1. 治療抵抗性統合失調症についての確認

<input type="checkbox"/> 反応性が不良である			
過去の治療歴			
薬剤名	投与量:	mg/日	期間: か月
薬剤名	投与量:	mg/日	期間: か月
薬剤名	投与量:	mg/日	期間: か月
薬剤名	投与量:	mg/日	期間: か月
<input type="checkbox"/> 耐容性不良である			
薬剤名	投与量:	mg/日	副作用:
薬剤名	投与量:	mg/日	副作用:

2. クロザリル導入に関する説明と同意

<input type="checkbox"/> 説明あり(説明に用いた資料: _____)
<input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意者(代諾者)の同意あり

3. 定期的な血液検査、通院についての同意

<input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意者(代諾者)の同意あり
--

4. 身体疾患・問題行動について

<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 心血管系疾患 <input type="checkbox"/> 薬剤による副作用(_____)
<input type="checkbox"/> 自殺企図歴 <input type="checkbox"/> 物質依存(_____) <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 多飲症・水中毒 <input type="checkbox"/> 現在喫煙している
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の既往 <input type="checkbox"/> 怠薬傾向・パーシャルアドヒアランス

5. 現在の状況

<input type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 入居施設(グループホーム等) <input type="checkbox"/> 家族と同居(同居者の続柄: _____)
<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 通所施設(就労B型施設等) <input type="checkbox"/> 就労・就学中
<input type="checkbox"/> 入院中 : 使用部屋 <input type="checkbox"/> 隔離室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 大部屋 : 身体拘束 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 現在)
<input type="checkbox"/> 入院中 : 行動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 隔離 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 現在)

6. 血液検査データ

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 過去に白血球数が4000以下になったことがある (その原因: _____)

※ファックス・メールで送信される際は、本人が特定される個人情報は消して(患者名はイニシャル)ください