

eCPMS□□□□□□□□□□

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

**eCPMS**□□□□□□□□□□

Image

【登録済患者】		
患者イニシャル	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>	
患者名等	<input type="text"/>	入力必須ではありません。患者の識別に必要な場合、患者名等も入力ください。この項目はCPZセンターからは見られません。
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	
生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	特に年齢制限はありませんが、16歳未満または71歳以上の生年月日が入力された場合、下記に確認メッセージが表示されます。 ※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。
クログリル治療歴	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(転院) <input type="checkbox"/> 再登録	「再登録」を選択した場合、下記の「旧患者登録番号」に、再登録する患者の最初の患者登録番号を入力してください。
	旧患者登録番号 <input type="text"/>	

【血液検査結果】		
検査実施日	2015 年 12 月 17 日	
白血球数	<input type="text"/> /mm <sup>3</sup>	
好中球数	<input type="text"/> × <input type="text"/> 計算 → 実数値 <input type="text"/> /mm <sup>3</sup>	パーセンテージを入力し、「計算」ボタンをクリックすると実数値も挿入されます。 ※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。
血糖値の測定時	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時	
血糖値	<input type="text"/> mg/dL	
HbA1c(NGSP値)	<input type="text"/> %	
内科医との相談	<input type="checkbox"/> 有	「糖尿病・糖尿病を強く疑う」症例の場合、本薬剤の投与には内科医との相談が必要です。

【同意の取得】		
同意の取得	<input type="checkbox"/> はい	クログリルによる治療の際、患者又は代理者に文書にて同意を得たか入力してください。
同意日	2015 年 12 月 17 日	

**本剤は以下の反応性不良又は耐容性不良の基準のうち、どちらかを満たす治療抵抗性統合失調症の患者のみに投与することができる**  
治療抵抗性統合失調症と判定した理由を以下に入力してください。

【反応性不良】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------	---

反応性不良を示した抗精神病薬を2つ以上(1種類以上の非定型抗精神病薬を含む)及び、投与量(CPZ換算600mg/日以上)を入力してください。  
【薬剤名】項目にて「定型抗精神病薬」を選択した場合は、1剤以上の定型抗精神病薬で1年以上の治療歴があり、うち当該定型抗精神病薬がCPZ換算600mg/日以上で4週間以上使用した経験がある薬剤名を、【その他の薬剤名】に入力してください。(※CPZ: chlorpromazine)

抗精神病薬1	薬剤名	<input type="text"/>	注:非定型抗精神病薬が併用されている場合は、CPZ換算で最も投与量が多い薬剤を1剤とする。
	その他の薬剤名	<input type="text"/>	
	投与量	<input type="text"/> mg/日 以上を4週間以上使用	
	CPZ換算量	<input type="text"/> mg/日 計算	薬剤名を選択し、投与量を入力後、「計算」ボタンをクリックするとCPZ換算量を挿入します。 ※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。
抗精神病薬2	薬剤名	<input type="text"/>	注:非定型抗精神病薬が併用されている場合は、CPZ換算で最も投与量が多い薬剤を1剤とする。
	その他の薬剤名	<input type="text"/>	
	投与量	<input type="text"/> mg/日 以上を4週間以上使用	
	CPZ換算量	<input type="text"/> mg/日 計算	薬剤名を選択し、投与量を入力後、「計算」ボタンをクリックするとCPZ換算量を挿入します。 ※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。

入力欄が足りない場合は、「入力フォームの追加」ボタンをクリックして入力欄を追加してください。 →

【耐容性不良】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------	---

薬剤治療にて耐容性不良を示した非定型抗精神病薬を2つ以上及び、発現した副作用を選択してください。

非定型抗精神病薬1	薬剤名	<input type="text"/>	注:副作用の程度に応じて添付文書をご確認ください。
	その他の薬剤名	<input type="text"/>	
	副作用(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上のその他の遅発性錐体外路症状の出現または悪化 → 遅発性錐体外路症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のパーキンソン症状の出現 → パーキンソン症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のアカシアの出現 <input type="checkbox"/> コントロール不良の急性ジスキネシアの出現	
非定型抗精神病薬2	薬剤名	<input type="text"/>	注:副作用の程度に応じて添付文書をご確認ください。
	その他の薬剤名	<input type="text"/>	
	副作用(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上の遅発性ジスキネシアの出現または悪化 <input type="checkbox"/> 中等度以上のその他の遅発性錐体外路症状の出現または悪化 → 遅発性錐体外路症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のパーキンソン症状の出現 → パーキンソン症状 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> コントロール不良のアカシアの出現 <input type="checkbox"/> コントロール不良の急性ジスキネシアの出現	

入力欄が足りない場合は、「入力フォームの追加」ボタンをクリックして入力欄を追加してください。 →

【コメント】	<input type="text"/>
--------	----------------------

[IVeCPMS](#)



□□□□□□□□□□

□□□□ 0120-003-293□□□□□□□□

□□□□ □□□ 9□00□17□30□□□□□□□□□□□□□□

□□□□□□

---

**Source URL:**

[https://www.pro.novartis.com/jp-ja/products/clozaril/point/04\\_registration\\_screen](https://www.pro.novartis.com/jp-ja/products/clozaril/point/04_registration_screen)