

クロザリル服薬同意書

私は、CPMS 登録医からクロザリルの服薬について十分な説明を受け、説明文書の内容および遵守事項を次のとおりよく理解しました。

- ・ クロザリルの効果と副作用
- ・ クロザリルによる治療は、必ず入院中に開始し、原則としてクロザリル服薬開始後18 週間入院すること
- ・ 退院し、通院治療に移ることができるためには、いくつかの条件があること
- ・ クロザリルによる継続的な治療をするためには、定期的な検査を必ず受けなければいけないこと
- ・ 白血球数または好中球数が規定値以下になった場合は、クロザリルを中止し、再び服薬はできないこと
- ・ クロザリルを中止した場合は、残った薬は担当医師または受け取った薬局・薬剤部（科）が回収すること、およびその際には返金がないこと
- ・ クロザリルを中止した場合でも、血液検査を一定期間受けなければならないこと
- ・ 血液検査結果などの情報がCPMS センターで管理されること
- ・ クロザリルの服薬を中止した後も、一部の情報についてはCPMS センターで継続して管理されること
- ・ クロザリルによる治療を断ったりやめたりしても、何ら不利益を被ることがないこと
- ・ 一度同意した後でも、いつでもクロザリルの服薬をやめることができること

そのうえで、クロザリルの服薬に同意するので、以下のとおり署名します。また、説明文書および本同意書の写しも確かに受領しました。

《同意者（患者本人もしくは代諾者）》

- ・ 患者本人 私は、説明内容を理解したうえで、クロザリルを服薬することに同意します。

氏名： _____ 同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号： _____

- ・ 代諾者 私は、説明内容を理解したうえで、 _____ (患者本人名) がクロザリルを服薬することに同意します。

代諾者氏名： _____ 同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人との関係： _____

住所： _____

電話番号： _____

《CPMS 登録医》 私は、以上のとおり、本人もしくは代諾者にクロザリルの有効性と安全性および遵守事項を文書によって説明したうえで、クロザリルを服薬することの同意を取得しました。

所属医療機関・科名： 岡山県精神科医療センター 精神科

CPMS 登録医氏名： _____ CPMS 登録医番号： _____

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 同意取得日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本同意書は、診療録保存用として保管し、写しを本人または代諾者に提供してください。

以上