

クロザピン新患チェックシート

氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 性別: 男性 ・ 女性

既往歴

--

現在の他科の服薬内容 ※お薬手帳等のコピーの添付でも可

--

現在の精神科の服薬内容 ※お薬手帳等のコピーの添付、カルテシールの貼付等でも可

--

直近の採血結果

年	月	日	施行
白血球数:			/ μ L
好中球数:			/ μ L
血糖値:			mg/dL ※いずれかチェック: <input type="checkbox"/> 空腹時血糖 <input type="checkbox"/> 随時血糖
HbA1c 値:			%

クロザピルの同意について(チェックしてください)

本人・家族の同意が得られている

クロザピルの適応について ※反応性不良か耐用性不良、いずれかに記載してください

反応性不良の場合 処方内容と服薬期間を記入・選択してください

1 剤目: _____ を 1 日量 _____ mg、_____ 週間/ヶ月/年以上

2 剤目: _____ を 1 日量 _____ mg、_____ 週間/ヶ月/年以上

耐用性不良の場合 耐用性不良の根拠となる副作用、原因薬剤について記入してください

--