

※チェックリストもご記入ください
資料①②を適宜ご参照ください

クロザピン導入依頼用紙

依頼日

患者名

病院名

性別

生年月日

主治医名

【診断名】

【現病歴】（別紙でも可）

【クロザリルの必要性】

【既往歴】

【合併症】

【アレルギー】

無・有()

【家族歴】

【その他】現在の処遇（行動制限、居室、外出・外泊の有無など）、ADL、その他特記事項

【検査所見】

※直近 4 週間以内で以下の項目を必ず含む：白血球数、好中球数、血糖値（空腹時もしくは随時）、HbA1c、ほか一般生化学、感染症（検査日を明記する）

【現在の処方】

【おもな処方歴】

【治療抵抗性の根拠】（①②の一方もしくは両方）

①反応性不良の場合

CP 換算 600mg 以上で一定期間（定型薬で 1 年、非定型薬で 4 週間）以上のものが 2 種類以上必要（うち 1 種類以上非定型）

反応性不良抗精神病薬 1	薬剤名	
	投与量	CP 換算量
	期間	

反応性不良抗精神病薬 2	薬剤名	
	投与量	CP 換算量
	期間	

②耐容性不良の場合

非定型精神病薬のうち 2 種類以上による単剤治療を試みたが、中等度以上の錐体外路症状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経過が必要。

耐容性不良非定型抗精神病薬 1	薬剤名
	副作用の内容

耐容性不良非定型抗精神病薬 2	薬剤名
	副作用の内容

【禁忌該当の有無】

・絶対禁忌

- 無・有 顆粒球減少症もしくはその危険性
- 無・有 持効性注射剤投与中
- 無・有 重度のけいれん性疾患、管理不十分なてんかん患者
- 無・有 アルコール・薬物による急性中毒、昏睡
- 無・有 重度の心疾患、肝機能障害、腎機能障害
- 無・有 麻痺性イレウス
- 無・有 アドレナリン作用薬の投与

・原則禁忌

- 無・有 糖尿病または糖尿病の既往歴