

# 東京足立病院クロザピン依頼シート

対象患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

依頼元病院名 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_

①治療抵抗性の根拠（該当するものにチェック）  反応性不良  耐容性不良

## 反応性不良が理由の場合

※抗精神病薬が多剤併用されている場合は、CP換算で最も投与量が多い薬剤を記載

### 1 剤目

- ・投与した抗精神病薬名 【 \_\_\_\_\_ 】
- ・その投与量 【 \_\_\_\_\_ 】
- ・CP換算 600 mg以上だった投与期間 【 \_\_\_\_\_ 】
- ・投与期間中のGAF 【 \_\_\_\_\_ 】

### 2 剤目

- ・投与した抗精神病薬名 【 \_\_\_\_\_ 】
- ・その投与量 【 \_\_\_\_\_ 】
- ・CP換算 600 mg以上だった投与期間
- ・投与期間中のGAF 【 \_\_\_\_\_ 】

## 耐容性不良が理由の場合

### 1 剤目

- ・単剤治療を試みた非定型抗精神病薬名 【 \_\_\_\_\_ 】
- ・出現した副作用（該当するものにチェック 複数回答可）
  - DIEPSS 3点以上の遅発性ジスキネジア
  - DIEPSS3点以上の遅発性ジストニア
  - DIEPSS3点以上のその他の遅発性錐体外路症状  
【詳細 \_\_\_\_\_】
  - 常用量上限の抗パーキンソン病薬で対処できないパーキンソン症状  
【詳細 \_\_\_\_\_】
  - 常用量上限の抗パーキンソン病薬で対処できないアカシジア
  - 常用量上限の抗パーキンソン病薬で対処できない急性ジストニア

### 2 剤目

- ・単剤治療を試みた非定型抗精神病薬名 【 \_\_\_\_\_ 】
- ・出現した副作用（該当するものにチェック 複数回答可）
  - DIEPSS 3点以上の遅発性ジスキネジア
  - DIEPSS3点以上の遅発性ジストニア
  - DIEPSS3点以上のその他の遅発性錐体外路症状  
【詳細 \_\_\_\_\_】

常用量上限の抗パーキンソン病薬で対処できないパーキンソン症状  
【詳細】

常用量上限の抗パーキンソン病薬で対処できないアカシジア

常用量上限の抗パーキンソン病薬で対処できない急性ジストニア

②禁忌例の確認

・糖尿病ないし糖尿病の既往はあるか  はい  いいえ

・持効性抗精神病薬の投与中ではないか  はい  いいえ

はいの場合 使用薬剤 最終施行日 【】

・てんかんはあるか  はい  いいえ

はいの場合 発作頻度 最終発作日 【】

・心疾患はあるか  はい  いいえ

はいの場合 疾患名と通院先 【】

医療法人財団厚生協会 東京足立病院 地域連携室

問い合わせ先；03-3883-6331 (TEL)

送付先；03-3883-7788 (FAX)