

# クロザピンに関する転院依頼の調査票

患者名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_

## ①治療抵抗性の判定(反応性不良・耐用性不良のいずれかにチェックし記入してください)

### □反応性不良

#### 抗精神病薬1

薬剤名	
投与量	mg/日以上 週間/ ヶ月以上使用
GAF(最高)	点

#### 抗精神病薬2

薬剤名	
投与量	mg/日以上 週間/ ヶ月以上使用
GAF(最高)	点

### □耐用性不良

#### 単剤使用した非定型抗精神病薬1

薬剤名	
抗パーキンソン薬剤名	
上記抗パーキンソン薬の最高用量	mg/日

#### DIEPSS

歩行	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	アカシジア	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
流涎	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	ジスキネジア	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
振戦	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	ジストニア	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
動作緩慢	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	筋強剛	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

#### 単剤使用した非定型抗精神病薬2

薬剤名	
抗パーキンソン薬剤名	
上記抗パーキンソン薬の最高用量	mg/日

#### DIEPSS

歩行	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	アカシジア	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
流涎	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	ジスキネジア	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
振戦	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	ジストニア	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
動作緩慢	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	筋強剛	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

**<基準>** 非定型抗精神病薬のうち、2種類以上による単剤治療を試みたが、以下のいずれかの理由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患者。①中等度以上の遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニア、あるいはその他の遅発性錐体外路症状の出現、または悪化②コントロール不良のパーキンソン症状、アカシジア、あるいは急性ジストニアの出現  
 ※DIEPSSのジスキネジアの評点が3点以上の状態、ジストニアの評点が3点以上の遅発性錐体外路症状がみられる状態  
 ※常用量上限の抗パーキンソン薬投与を行ったにもかかわらず、①DIEPSSの歩行、動作緩慢、筋強剛、振戦の4項目のうち、3点以上が1項目、あるいは2点以上が2項目以上存在する状態②アカシジアの項目が3点以上である状態③ジストニアの評点が3点に相当する急性ジストニアが頻発し患者自身の苦痛が大きいこと。

## ②安全性について

### 検査結果

白血球数	/mm <sup>3</sup>
好中球数	/mm <sup>3</sup>
糖尿病またはその既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

検査年月日 \_\_\_\_\_

年 月 日

## ③同意について

本人の同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中
家族の同意(続柄: _____)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無