

クロザリル導入チェックシート

医療機関名【 _____ 】

イニシャル _____ 様 性別 男 女 年齢 _____ 歳

以下の問いにお答えください

1 簡単な抗精神病薬の薬歴を教えてください(多剤の場合は多い方の薬歴を記入して下さい)

①薬剤 _____	最大使用量 _____ mg
②薬剤 _____	最大使用量 _____ mg
③薬剤 _____	最大使用量 _____ mg

2 必須ではありませんが、もし分かれば GAF 点数のご記入をお願いします

GAF _____ 点

3 身体合併症はありますか? はい いいえ

「はい」にチェックした場合 身体合併症について具体的に記入して下さい

病名 _____ 病名 _____

病名 _____ 病名 _____

4 クロザリル導入について本人または家族への説明状況、同意の有無について状況を教えてください

本人への口頭説明 (済 未) 家族への口頭説明 (済 未)

本人の同意 (あり なし) 家族の同意 (あり なし)

説明に対する本人の反応 _____

説明に対する家族の反応 _____