

クロザピン外来チェックリスト

依頼医療機関名：

医師名：

ふりがな				生 年 月 日	年 齢
氏名				年 月 日	歳
住所					
電話	携帯			自宅	連絡希望 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
家族氏名			続柄	電話	
住所					
診断名 (精神科)					

※FAXで送信される際は、本人が特定される個人情報消して（患者名はイニシャル）ください

1. 治療抵抗性統合失調症についての確認(抗精神病薬の処方歴、処方内容、処方量、処方期間)

<input type="checkbox"/> 反応性が不良である(クロルプロマジン換算で600mg以上の薬剤)					
過去の治療歴					
薬剤名	投与量:		mg/日	期間:	か月
	年 月 日	~	年 月 日		
薬剤名	投与量:		mg/日	期間:	か月
	年 月 日	~	年 月 日		
薬剤名	投与量:		mg/日	期間:	か月
	年 月 日	~	年 月 日		
薬剤名	投与量:		mg/日	期間:	か月
	年 月 日	~	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 耐容性不良である					
薬剤名	投与量:		mg/日	副作用:	
薬剤名	投与量:		mg/日	副作用:	

2. 抗パーキンソン病薬の処方有無

<input type="checkbox"/> 処方有り		※有りの場合以下も記載		<input type="checkbox"/> 処方なし	
薬剤名	投与量:		mg/日	副作用:	
薬剤名	投与量:		mg/日	副作用:	

3. 直近の採血データ(白血球数・好中球数・ABO式血液型は必須)

		<input type="checkbox"/> 別紙有り
--	--	-------------------------------

4. GAF尺度

41点以上になったことがない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
----------------	-----------------------------	------------------------------

5. 中止歴の有無

過去にCPMSの中止基準により、本剤を投与中止したことがない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---------------------------------	-----------------------------	------------------------------

6. 薬原性錐体外路症状評価尺度 (DIEPSS)

※抗パーキンソン病薬使用中のDIEPSS評価

評価日 年 月 日
 評価時間 ~

1)歩行 0 1 2 3 4

小刻みな遅い歩き方。速度の低下、歩幅の減少、上肢の振れの減少、前屈姿勢や前方突出現象の程度を評価する。

2)動作緩慢 0 1 2 3 4

動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ(仮面様顔貌)や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。

3)流涎 0 1 2 3 4

唾液分泌過多。

4)筋強剛 0 1 2 3 4

上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象、ろう屈現象、鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。

5)振戦 0 1 2 3 4

口部、手指、四肢、躯幹に認められる反復的、規則的(4~8Hz)でリズムカルな運動。

6)アカシジア 0 1 2 3 4

静座不能に対する自覚:下肢のムズムズ感、ソワソワ感、絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状(身体の揺り動かし、下肢の振り回し、足踏み、足の組み換え、ウロウロ歩きなど)についても評価する。

7)ジストニア 0 1 2 3 4

筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌、頸部、四肢、躯幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり、持続的な異常ポジション。舌の突出捻転、斜頸、牙関緊急、眼球上転、ピサ症候群などを評価する。

8)ジスキネジア 0 1 2 3 4

運動の異常に亢進した状態。顔面、口部、舌、顎、四肢、躯幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。

舞踏病様運動、アテトーゼ様運動は含むが、振戦は評価しない。

9)概括重症度 0 1 2 3 4

錐体外路症状全体の重症度。

0=なし、正常 1=ごく軽度、不确实 2=軽度 3=中等度 4=重度