

## クロザリル服薬同意書

私は、CPMS 登録医からクロザリルについて説明を受け、クロザリル説明文書の以下の内容および守らなければならない規則を理解しました。

- ・ クロザリルの効果
- ・ クロザリルの副作用と対策
- ・ クロザリルによる治療中の入退院についての規則
- ・ クロザリルによる治療中の規則
- ・ クロザリルを中止した場合の規則
- ・ クロザリル患者モニタリングサービス (CPMS) への登録と個人情報管理
- ・ その他、知っておいていただきたいこと

そのうえで、クロザリルの服薬に同意するので、以下のとおり署名します。また、説明文書および本同意書の写しも確かに受領しました。

《同意者（患者本人もしくは代諾者）》

- ・ 患者本人 私は、説明内容を理解したうえで、クロザリルを服薬することに同意します。

氏名： \_\_\_\_\_ 同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

- ・ 代諾者 私は、説明内容を理解したうえで、 \_\_\_\_\_ (患者本人名) がクロザリルを服薬することに同意します。

代諾者氏名： \_\_\_\_\_ 同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人との関係： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

《CPMS 登録医》 私は、以上のとおり、本人もしくは代諾者にクロザリルの有効性と安全性および遵守事項を文書によって説明したうえで、クロザリルを服薬することの同意を取得しました。

所属医療機関・科名： \_\_\_\_\_ 科

CPMS 登録医氏名： \_\_\_\_\_ CPMS 登録医番号： \_\_\_\_\_

説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 同意取得日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本同意書は、診療録保存用として保管し、写しを本人または代諾者に提供してください。