**治　験　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| カルテ番号 |  | (臨床研究支援センターにて登録記載) |  |
| 診療科 |  | 担当医師 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （ａ）治験依頼者の名称・住所及び連絡先 | 名　称： 住　所：〒連　絡　先：  |
| （ｂ）治験薬等の名称及び予定される効能効果 | 治験薬の名称：被験薬 対照薬 |
| 予定される効能効果： |
| （ｃ）薬事法に基づく届出の年月日(届出回数)治験成分記号 | 届出年月日：平成 年 月 日（届出回数 回） |
| 被験薬成分番号： |
| （ｄ）当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投薬開始日及び投薬終了日等） | 同意取得日：20　　年　　月　　日投薬開始日：20　　年　　月　　日投薬終了日：20　　年　　月　　日（予定、終了）最終来院日：20　　年　　月　　日 |
| （ｅ）治験責任医師 | 氏名（所属） |
| （ｆ）治験分担医師(所属＊)(全員) | 氏名 |
| 備 考 | 治験課題名：投与経路：内服・外用・注射（靜注・点滴靜注・筋注･皮下注） 注射（補液溶解後； mL） |

\*責任医師と所属が同じ場合は省略可

（診療報酬明細書添付用）

**記入例**

**（赤枠内のみ記入）**

**治　験　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| カルテ番号 | 　 | (臨床研究支援センターにて登録記載) |  |
| 診療科 |  | 担当医師 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| （ａ）治験依頼者の名称・住所及び連絡先 | 名　称： 住　所：〒 |
| 連　絡　先：請求書の送り先を記載ください。（治験依頼者または開発業務受託機関）（〒、住所 、部署、担当者、電話番号、FAX） |
| （ｂ）治験薬等の名称及び予定される効能効果 | 治験薬の名称：被験薬 対照薬 |
| 予定される効能効果：  |
| （ｃ）薬事法に基づく届出の年月日(届出回数)治験成分記号 | 届出年月日：平成 年 月 日（届出回数 回） |
| 被験薬成分番号： |
| （ｄ）当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投薬開始日及び投薬終了日） | 同意取得日：20　　年　　月　　日投薬開始日：20　　年　　月　　日投薬終了日：20　　年　　月　　日（予定、終了）最終来院日：20　　年　　月　　日 |
| （ｅ）治験責任医師 | 氏名（所属）  |
| （ｆ）治験分担医師(所属＊)(全員) | 氏名 |
| 備 考 | 治験課題名：  投与経路：内服・外用・注射（靜注・点滴靜注・筋注･皮下注） 注射（補液溶解後； mL） |

＊責任医師と所属が同じ場合は省略可

（診療報酬明細書添付用）