西暦20　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　病院・医院

　　　　　　　　　　　先生　御侍史

琉球大学病院

 　　○○○○科

**患者様の治験への参加に関するご連絡とお願い**

拝啓

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、貴院に通院中の　　　　　　　　　　様　男・女　生年月日：　　　　年　　　月　　　日　　歳ですが、

琉球大学病院　○○○科にて下記治験に参加して頂くことになりましたので、ご連絡申し上げます。

治験のデータを作成するにあたり、現在の併用薬剤等について調査が必要となります。また、患者様の治験参加

期間中は、安全性に配慮する目的で下記の薬剤および併用療法に制限を設けておりますので、ご注意くださいます

ようお願い申し上げます。

合併症、併用薬等につきまして、別紙「併用薬等情報連絡用紙」にご記入いただき、患者様にお渡しいただくか、

同封の返信用封筒にてご返信下さいますようお願い申し上げます。

なお、治験期間中に薬剤を新たに処方される場合や現在の治療薬を変更される場合につきましても、お手数では

ございますが、ご一報くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験参加予定期間 | 20　　　年　　　月　　　日　～　20　　　年　　　月　　　日 |
| 治験課題名 |  |
| 治験薬 |  |
| 対象疾患 |  |
| 併用制限薬剤 |  |
| 併用禁止薬剤 |  |
| 併用禁止療法 |  |

**貴院また貴科に、私の情報をお知らせすることに同意します。**

**署名日：20　　年 　　月　　　日　 氏名　:**

＝＝お問い合わせ先＝＝

琉球大学病院 〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町上原207番地

TEL：098-895-3331（代表）　 ○○○科　　 治験担当医師：

TEL：098-895-1351（臨床研究支援センター）治験コーディネーター：

**併用薬等情報連絡用紙**記載日：20　　　年　　 月　　 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 担当医師名 |  |
| 患者氏名 |  | 患者 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　生 |

下記項目（合併症・併用薬・併用療法）には、貴院・貴科での疾患名、処方薬剤、その他治療等についての情報を

ご記入下さいますようお願い致します。

**◎合併症**

**□ 無　　□ 有**

|  |  |
| --- | --- |
| 疾患名 | 発症時期 |
|  | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 年　　　　月　　　　日 |

**◎併用薬**

**□ 無　　□ 有**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名（商品名） | 投与方法 | 用法 | 1日用量（頓用は1回量） | 投与期間 | 使用目的 |
|  | □ 経口□ 外用□その他（　　　　　 ） | □ 　　回／日□頓用□その他（　　　　　　） |  | 　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | □ 合併症治療□その他（　　　　　　　　）　　　 |
|  | □ 経口□ 外用□その他（　　　　　 ） | □ 　　回／日□頓用□その他（　　　　　　） |  | 　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | □ 合併症治療□その他（　　　　　　　　）　　　 |
|  | □ 経口□ 外用□その他（　　　　　 ） | □ 　　回／日□頓用□その他（　　　　　　） |  | 　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | □ 合併症治療□その他（　　　　　　　　）　　　 |
|  | □ 経口□ 外用□その他（　　　　　 ） | □ 　　回／日□頓用□その他（　　　　　　） |  | 　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | □ 合併症治療□その他（　　　　　　　　）　　　 |
|  | □ 経口□ 外用□その他（　　　　　 ） | □ 　　回／日□頓用□その他（　　　　　　） |  | 　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | □ 合併症治療□その他（　　　　　　　　）　　　 |

**◎併用療法**

**□ 無　　□ 有**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 併用療法名 | 開始時期 | 終了時期 | 目的 |
|  | 　年　　月　　日 | 　年　　月　　日 | □ 合併症治療□その他（　　　　 　　　　　　　　）　　　 |
|  | 　年　　月　　日 | 　年　　月　　日 | □ 合併症治療□その他（　　　　 　　　　　　　　）　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 特記事項 |  |

**原本をご返送願います。**