**治験参加カード　作成について（案）**

＊カードの色：指定はありません。

＊サイズ：折りたたんだ際に縦6.0cm×横8.5cmを基本としますが、適宜変更可能です。

＊記載項目：下記作成例を参照ください。記載内容等、詳細について変更可能です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＜治験参加カード＞**＊治験参加期間中は、このカードをいつも携帯するようにしてください。＊他の診療科、または他の病院を受診される際や薬局でお薬やサプリメントを購入する際は、このカードをお見せください。＊他の診療科、他の病院で処方された薬や、薬局で購入した薬を服用する場合は、あらかじめ治験担当医師や治験コーディネーターにご相談下さい。琉球大学病院臨床研究支援センター | **＜治験に関する連絡先＞**琉球大学病院　　TEL：098-895-3331治験責任医師 ○○○科　　　　　　　　 　　治験担当医師　　　　　　　　　　　　 　　　治験コーディネーター　　　　　　　 　　　　 臨床研究支援センターTEL：098-895-1351（平日8:30～17:15）上記外の時間帯：098-895-3331(代表)・○○○科病棟＊お問い合わせの際は、○○○科の治験に参加している旨をお伝えください。 | **＜他の医療機関・薬剤師の先生方へ＞**　　　　　　　　　　　　　　　 　さんは、琉球大学病院○○○科において●●●を対象とした●●●の治験に参加しております。参加予定期間：　　　　年　　月　　　日～　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　＊参加期間中は、裏面に示す薬剤の使用や併用療法などが　禁止、または制限されております。処方の場合やご不明な点がありましたら、ご連絡下さいますようお願い致します。＊貴院を受診または入院された場合、治験薬の安全性情報収集のため、診療内容等に関してお伺いする場合がありますが、ご理解とご協力の程よろしくお願い致します。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＜治験に関する情報＞**＊治験薬＊治験課題名 | **＜併用禁止薬剤＞****＜併用禁止療法＞** | **＜その他　注意点など＞** |