**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＞** |