|  |
| --- |
| 治験概要 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 |  | 患者氏名 |  |
| 患者番号 |  |
| 識別番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (a)治験依頼者の氏名・住所及び連絡先 | 治験依頼者：    住所： |
| 連絡先：  電話：  Fax： |
| (b)治験薬等の名称及び予定される効能効果 | 治験の名称：  プロトコール番号： |
| 予定される効能効果： |
| (c)薬事法に基づく届出を行った治験にあってはその届出年月日及び治験成分記号 | 届出年月日：平成　　年　月　日  （届出回数）　回 |
| 治験成分記号： |
| (d)当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投与開始日及び投与終了日） | 同意取得日：平成　　年　　月　　日  投与開始日：平成　　年　　月　　日  投与終了日：平成　　年　　月　　日  （予定・終了） |
| (e)治験の実施責任医師 |  |
| (f)備考  　覚書に記載してある内容を記載してください。  例）・保険外併用療養費の支給対象外費用に準じて、負担する内容と期間等。  　 ・入院費用について内容や期間等。 | |