治験概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 本院整理番号 |  |
| 患者氏名 |  | 患者登録番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (a) | 治験依頼者の名称・所在地及び連絡先 | 会社コードNo（8または9桁）：  会社名：  所在地：  代表者名： |
| 【担当者】  所在地：  会社名：  所属：  氏名：  ℡ ：  FAX：  mail: |
| (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： |
| 予定される効能効果： |
| (c) | 薬事法に基づく提出の年月日（届出回数）及び治験成分記号 | 届出年月日　：20　　年　月　日　（届出回数　　） |
| 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） | 保険外併用療養費開始日：  投与開始日　：　　　　　年　月　日  投与終了日　：　　　　　年　月　日  保険外併用療養費終了日：  （予定、終了） |
| \*  (e) | 治験責任医師  （含 治験分担医師） |  |
| \*  (F) | 同種同効薬 |  |
| 備考 | |  |

\*本院で記入