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