治験等連絡会議事前チェックシート

臨床試験における検査について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部局：臨床検査部

|  |  |
| --- | --- |
| 治験の標題 |  |
| 治験薬コード |  |
| 治験依頼者 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　担当者：　　　　　　　　　　　　 |

集中検査

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施の有無 | 有　（外注先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 無 |
| 項目(回数) |  |
| 土・日曜日、祝日対応の有無□有り：内容□無し |
| 検査部コメント\* |

検査部(採血採尿項目、生理機能検査)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施の有無 | 有 | 無 |
| 項目(回数) |  |
| 土・日曜日、祝日対応の有無□有り：内容□無し |
| 検査部コメント\* |

臨床試験における検査について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部局：放射線部

|  |  |
| --- | --- |
| 治験の標題 |  |
| 治験薬コード |  |
| 治験依頼者 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　担当者：　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施の有無 | 有 | 無 |
| 項目(回数) |  |
| 撮影方法の規定 | 有　（項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 無 |
| フィルム複写提出 | 有　（項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 無 |
| 土曜・日曜、祝日対応の有無（原則として対応不可） |
| 放射線部コメント\* |

臨床試験における薬剤部関連業務について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部局：薬剤部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施の有無 | 有 | 無 |
| 項目(回数) |  |
| 土日曜日・祝日の対応（必要に応じて要相談）□有り：内容□無し |
| 薬剤部コメント\* |

\*本院で記入

治験等連絡会議事前チェックシート

臨床試験における看護関連業務について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部局：看護部

|  |  |
| --- | --- |
| 治験の標題 |  |
| 治験薬コード |  |
| 治験依頼者 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　担当者： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施の有無 | 有 | 無 |
| 区　分 | 入院 | 外来 |
| 項目(回数) |  |
| 夜勤帯および土日曜日・休日に、通常業務以外で要する対応* 有り：内容
* 無し
 |
| 看護部コメント\* |

\*本院で記入