治験概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 | 科 | 患者氏名 |  |
| カルテ番号 |  |  |  |
| (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：〒担当者：電話：FAX： |
| (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)医薬品医療機器等法に基づく届出の年月日(届出回数)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) | 投与開始日：平成 年 月 日投与終了日：平成 年 月 日(予定、終了) |
|  同種・同効薬 |  |  |  |
| (e)治験の実施責任医師 |  |  |  |
|  備考 |  |  |  |

(診療報酬明細書添付用)