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)