治験概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 |  | 患者氏名 |  |
| カルテ番号 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 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：E-Mail： |
| 1. 治験薬の名称及び予定

される効能効果 | 治験薬の名称： |
| 予定される効能効果： |
| 1. 薬事法に基づく届出の

年月日（届出回数）及び治験成分番号 | 届出年月日：　　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：　　年　　月　　日投与終了日：　　年　　月　　日　（予定・終了） |
| （e）　治験の実施責任医師 |  |
| （f）　治験依頼者の別 | 企業　・　医師 |
| 備考 |  |

（診療報酬明細書添付用）