西暦 　　　年　　月　　日

治験概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科 |  | ふ り が な |  |
| 被験者名 |  |
| 治験責任医師 |  | カルテ番号 |  |
| 担当ＣＲＣ |  | 被験者識別番号 |  |
| 治験課題名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者の氏名・住所及び連絡先 | 治験依頼者：住所： 〒  |
| ＜請求書送付先＞住所：〒担当者： |
| TEL： | FAX： |
| email： |
| 請求書先の宛名： |
| 治験薬等の名称、治験成分記号及び予定されている効能・効果 | 治験薬等の名称： |
| 治験成分記号： |
| 予測される効能・効果： |
| 当該患者に対する治験実施期間 | 治験開始日：　　　　　年　　　　月　　　　日治験終了日： 　　年　　　　月　　　　日　（予定・終了） |
| 備 考 |  |

西暦 20XX年　X月　X日

**記載見本**

**黄色背景の箇所をご記入ください。また、記載箇所の変更の際には、更新し担当CRCに提出してください。**

治験概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科 |  | ふ り が な |  |
| 被験者名 |  |
| 治験責任医師 |  | カルテ番号 |  |
| 担当ＣＲＣ |  | 被験者識別番号 |  |
| 治験課題名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者の氏名・住所及び連絡先 | 治験依頼者：〇〇〇〇株式会社住所： 〒XXX-XXXX 東京都○○区○○　　〇〇丁目〇番地 |
| ＜請求書送付先＞住所：〒XXX-XXXX 〇〇〇県○○市○○区　　○○丁目〇番地担当者：〇〇○○株式会社　　　　　　　〇〇〇〇部　　　　藤田 太郎 |
| TEL：XXX-XXXX-XXXXX | FAX： XXX-XXXX-XXXXX |
| email：XXXX＠XXXXX |
| 請求書先の宛名：〇〇〇〇株式会社 |
| 治験薬等の名称、治験成分記号及び予定されている効能・効果 | 治験薬等の名称： |
| 治験成分記号： |
| 予測される効能・効果： |
| 当該患者に対する治験実施期間 | 治験開始日：　　　　　年　　　　月　　　　日治験終了日： 　　年　　　　月　　　　日　（予定・終了） |
| 備 考 | （例）治験薬投与開始日：20XX/XX/XX治験薬投与終了日：20XX/XX/XX |

（院内）変更した場合、担当CRCは変更箇所にマーカーを引き、医事課に提出する。

治験開始日：同意取得日

治験終了日：初回 治験終了予定日

　　　　　　最終 治験が終了した日