**治験参加カード**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | 治験薬記号・一般名 |  |
| 治験依頼者 |  | 治験実施計画書番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 下記に該当する場合、このカード内に記載されている【連絡先】まで、速やかにご連絡下さい。  \* ○○○○症状の悪化/再発が見られた  \* 併用禁止/制限薬・併用禁止療法が必要となった  \* 貴院での入院が必要となった  \* その他、気づいた点がある  **【治験参加期間】**  20　 年　 　月　 　日～20　 年　 　月　 　日(予定)  作成日：20○○年○○月○○日 |  |  | **【連絡先】**  **藤田医科大学病院 ○○○○科**  TEL 0562-93-○○○○（昼間・○○外来）  0562-93-○○○○（夜間・○○病棟）  治験責任医師：　　○○　○○  治験担当医師：  **治験・臨床研究支援センター**  TEL 0562-93-2139（8:45～17:00、土日祝を除く）  臨床研究ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ： |  |  | 治験参加カード（F-〇〇〇）  氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  **患者さんへのお願い**以下の時この証を呈示ください  ・他の診療科や他の病院を受診する時  ・薬局などで薬を購入する時  **他科・他院の先生、薬局の薬剤師の先生へのお願い**  ・この患者さんは、藤田医科大学病院で実施の「○○○○を対象とした○○○○試験」に参加しています。患者さんの安全性確保のため、参加カード内の注意事項を必ずお読み下さい。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **＊治験参加期間中は、下記の薬剤にご注意下さい。**  **【併用禁止薬】**  \* ○○○薬：○○○○○、○○○○等（代表的な商品名を記載）  \*  \*  \*  \* 国内未承認薬 |  |  | **【併用制限薬】**使用期間や投与量に制限があります  \* ○○○薬：○○○○○、○○○○等（代表的な商品名を記載）  \*  \*  \*  **【併用禁止療法】**  \* ○○○○療法 |  |  | **【その他、注意すべき事項】**  \* 試験特有の注意事項等があれば記載して下さい。  （必要なければ、項目を削除して下さい） |

**＜作成上の注意＞**　※この「作成上の注意」は確認後、削除ください

・名刺サイズ、両面、三つ折り　で作成

・記載内容が少ない場合は「二つ折り」でも可（その場合 連絡先のページが「外面」 になるよう作成）

・サイズ（一つの枠）指定：原則、**高さ55ｍｍ、幅90ｍｍ**・○○○○部分は必要な内容に書き換える

・併用禁止薬・併用制限薬・併用禁止療法を含め、上段3面以外は必要に応じ記載内容の変更可

↑山折り

↑山折り