**治験参加カード**

・治験毎に赤字箇所を記入してください。

・下線部（＿＿＿）は、作成時は空欄としてください（被験者へ交付時に記入）。

・レイアウトは適宜変更可能です。

・必要に応じて、記載内容や頁を追加してください。

約54㎜

約86㎜

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＜医師・薬剤師の先生へ＞**　　　　　　　　　様 は、自治医科大学附属病院において、（対象疾患）を対象とした（治験薬名）の治験に参加いただいております。本治験では、**裏面**に記載のとおり併用薬、併用療法に制限がございます。これらを使用される場合やその他ご不明な点がございましたら**次頁**の連絡先まで事前にご連絡ください。 | **＜連絡先＞**自治医科大学附属病院●治験担当医師: ●●●科　　　　　　　　　　　TEL：（医局の電話番号）●臨床研究センター　治験コーディネーター:　　　　　　　　　　　TEL：0285—58-8952（平日8:30-17:15）●夜間・休日連絡先　TEL：0285-44-2111（代表）　　　 | **治験参加カード****＜患者さんへ＞**◆他の診療科や他の病院を受診する場合には、このカードを医師または薬剤師に必ずお見せください。◆市販薬を使用される場合には、事前に治験担当医師に相談してください。◆このカードを紛失した場合には治験担当医師まで申し出てください。再発行いたします。第●版　〇〇〇〇年△△月××日作成 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **♦その他注意事項（患者さんへ）** | **【併用禁止薬・併用禁止療法】** | **♦その他注意事項（医師・薬剤師の先生へ）** |