西暦　　　年　　月　　日

実施入院患者連絡票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科名 |  | 被験薬の化学名 又は識別記号 |  |
| カルテ番号患者氏名 |  |
|  |
| 入院の目的 |  ｅｘ）治験の開始のために入院 |
| 病棟名 |  |
| 予定入院期間 | 　西暦　　　年　　月　　日　　～　　西暦 　　　年　　月　　日 |
| 同意取得日 | 　西暦　　　年　　月　　日 |
| 入院費用 |  ｅｘ）全額、依頼者負担  |
| 担当者連絡先 |  治験担当医師 科名　　　　　 　　　　　氏名　　　　　　　　　（PHS：　　　　　） |
|  治験担当ＣＲＣ 　　　　　　　 　　　　　　氏名　　　　　　　　　（PHS：　　　　　） |

 　　　　　　　　　ご記入後は、医事課まで提出をお願い致します。