西暦　　　　　年　　月　　日

治験（開始・終了）連絡票

　　　　□　治験を開始します。 □　治験薬投与を終了（中止）しました。

　　　　□　治験薬投与開始をしました。 □　治験を終了（中止）しました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科名 |  | 被験薬の化学名 又は識別記号 |  |
| カルテ番号患者氏名 |  |
|  |
| 同意取得日(投与開始予定日) | 　西暦　　　　年　　月　　日（西暦　　　　年　　月　　日） | 投与終了日 | 　西暦　年　　月　　日 |
| 投与開始日 | 　西暦　年　　月　　日 | （治験中止日） | 　西暦　年　　月　　日 |
| 治験の期間 | 　西暦　　　　　年　　月　　日　　～　　西暦 　　　　年　　月　　日 |
| 連絡事項 |  |
|  |
| 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。