

治験（開始・終了）連絡票 新旧対比表

改訂前	改訂後																																																																		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <p>書式T-19</p> </div> <div style="width: 55%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">整理番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>区分</td> <td> <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">西暦 年 月 日</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>治験（開始・終了）連絡票</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> 治験を開始します。</p> <p><input type="checkbox"/> 治験を終了（中止）しました。</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">科 名</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 20%;">被験薬の化学名 又は識別記号</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>カルテ番号 患者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>同意取得日 （治験開始日）</td> <td>西暦 年 月 日</td> <td>治験終了日 （治験中止日）</td> <td>西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>治験契約期間</td> <td colspan="3">西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>連絡事項</td> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">担当者連絡先</td> <td colspan="3">治験担当医師 科名 氏名 (PHS:)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">治験担当CRC 氏名 (PHS:)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">ご記入後は、医事課まで提出をお願い致します。</p>	整理番号		区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器	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 （治験開始日）	西暦 年 月 日	治験終了日 （治験中止日）	西暦 年 月 日	治験契約期間	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:)			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <p>書式T-19</p> </div> <div style="width: 55%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">整理番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>区分</td> <td> <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">西暦 年 月 日</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>治験（開始・終了）連絡票</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> 治験を開始します。</p> <p><input type="checkbox"/> 治験を終了（中止）しました。</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">科 名</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 20%;">被験薬の化学名 又は識別記号</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>カルテ番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>患者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>同意取得日 （治験開始日）</td> <td>西暦 年 月 日</td> <td>治験終了日 （治験中止日）</td> <td>西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>治験の期間</td> <td colspan="3">西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>連絡事項</td> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">担当者連絡先</td> <td colspan="3">治験担当医師 科名 氏名 (PHS:)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">治験担当CRC 氏名 (PHS:)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">ご記入後は、医事課まで提出をお願い致します。</p>	整理番号		区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品	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 （治験開始日）	西暦 年 月 日	治験終了日 （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:)		
整理番号																																																																			
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器																																																																		
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 （治験開始日）	西暦 年 月 日	治験終了日 （治験中止日）	西暦 年 月 日																																																																
治験契約期間	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:)																																																																		
整理番号																																																																			
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品																																																																		
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 （治験開始日）	西暦 年 月 日	治験終了日 （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:)																																																																		