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。