西暦　　　年　　月　　日

ＣＲＣ費用算定票

**負担軽減費が発生しない場合に使用**

登録 No.

氏　　名

生年月日・性別

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 被験薬の化学名又は識別記号 |  |
|  | 科名 |  |
|  | 整理番号 |  |

　確認事項

|  |
| --- |
|  　　　被験者対応日：　西暦　　　年　　月　　日 |
|  　　　被験者対応内容 1)診察　　　　　　　　　　　　 2)一般検査（採血・採尿等） 　　　　　　　　　　　　 3)生理機能（心電図、超音波）検査 　　　　　　　　　　　　 4)ＣＴ・ＭＲＩ検査 　　　　　　　　　　　　 5)レントゲン検査 　　　　　　　　　　　　 6)内視鏡 　　　　　　　　　　　　 7)その他（　　 ） 　 **(該当する項目に○をつける)** |

　：

　治験ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ署名：

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|   | 臨床研究センター |
|  |