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。