

治験・製造販売後臨床試験 患者連絡票

カルテ番号：	患者氏名：	被験者番号：
生年月日： ____年 ____月 ____日	診療科：	コホート/グループ () <input type="checkbox"/> なし
緊急連絡先：① (本人) ② ()		
住所：	都道府県 市区町	<input type="checkbox"/> 名古屋市

連絡内容 (開始 ・ 終了 ・ 変更)

※下記の太線枠内は治験依頼者が記載すること

治験薬名		区分	<input type="checkbox"/> 治験(85) (<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導試験)
プロトコル番号	IRB / CRB		<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験(86)
治験課題名			
治験の依頼者名			
患者負担軽減費の該当性	該当 ・ 非該当	保険外併用療養費制度の該当性	該当 ・ 非該当
治験管理番号		担当CRC (PHS)	

- a. 当該患者に対する治験薬投与期間 ※CRCは保険外併用療養費のかかる期間で提示してください
 開始日 ____年 ____月 ____日 ~ 終了日 ____年 ____月 ____日 未定
- b. 当該患者に対する治験実施期間 (同意取得日~治験参加終了日) (注1) プレスクリーニング
 開始日 ____年 ____月 ____日 ~ 終了日 ____年 ____月 ____日 未定

注1. プロトコルで治験参加期間が固定されている場合、終了予定日を記載して提出すること。抗がん剤の治験で投与期間がPDまでの場合、終了日は未定として提出し、変更時すみやかに算定病歴係に提出すること。

期間	ステータス	日付
治験薬開始まで	① <input type="checkbox"/> プレスクリーニング (治験に関する検査費用負担 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> b. の開始日と同日
	② <input type="checkbox"/> スクリーニング中 (同意取得日記載)	<input type="checkbox"/> b. の開始日と同日
	③ <input type="checkbox"/> スクリーニング脱落 ④ <input type="checkbox"/> プレスクリーニング脱落	<input type="checkbox"/> b. の終了日と同日
治験薬投与中	⑤ <input type="checkbox"/> 投与中 (治験薬投与開始日記載)	<input type="checkbox"/> a. の開始日と同日
	⑥ <input type="checkbox"/> EOT / 中止・終了検査日	<input type="checkbox"/> a. の終了日と同日
治験薬投与終了~ 観察終了日	⑦ <input type="checkbox"/> 追跡調査 / <input type="checkbox"/> 生存調査 指定検査の依頼者負担 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 負担軽減費 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> a. の終了日の翌日
	⑧ <input type="checkbox"/> 治験の終了	<input type="checkbox"/> b. の終了日と同日