

予定される治験費用に関する資料

独立行政法人国立病院機構
名古屋医療センター 院長 殿

治験依頼者
●●製薬株式会社

下記治験について、治験責任医師と協議のうえ、以下のとおり依頼者が費用を負担します。

課題番号：

治験課題名：

記

項目	期間			備考
	同意取得後～治験薬投与開始まで	治験薬投与期間*	治験薬投与期間終了日翌日～観察終了まで	
検査・画像診断の費用**	<input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 治験実施計画書で規定されたもの	<input checked="" type="checkbox"/> 全額 全て	<input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 治験実施計画書で規定されたもの	
同種同効薬の費用	<input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 (「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 全額 (「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい)	<input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 (「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい)	
上記以外で治験のために必要な薬剤等の費用***	<input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 (「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい)	<input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 (「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい)	<input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 (「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい)	

* 治験薬投与期間は、治験薬投与開始日～治験薬最終投与日 中止判断日（医師判断日・被験者説明日） 中止/終了検査日（中止/終了登録日）までとする

** 治験薬投与期間外の治験実施計画書にて規定された検査・画像診断のうち、保険で査定を受けた費用については基本的に全額負担とする

***悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来腫瘍化学療法診療料（加算料を含む）及び無菌製剤処理料等の費用も負担について記載

入院の費用 治験実施計画書での規定入院 なし あり（期間： ）

依頼者負担なし

依頼者負担あり（期間： ）

被験者負担分 全額

入院基本料（入院に伴って発生する加算料を含む） 食事代 差額ベッド代（上限： 円/日（税別）） その他（ ）

なお、上記以外の費用について、保険請求できなかった費用は、全額治験依頼者が負担します。

(名古屋医療センター使用欄) (以下は当院で記載して使用するため空欄で構いません)

・使用 IRB : 当院 IRB 治験 NHO 本部治験

・担当 CRC 名および連絡先

_____ (PHS: _____)

_____ (PHS: _____)