**治　験　概　要　(新規・変更)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 |  | 患者氏名 |  |
| 入院・外来の別 | 入　院　・　外　来 | カルテ番号 | －　　　　－ |
| 被験者識別コード |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| (a)  治験依頼者の氏名・住所及び連絡先 | 治験依頼者： |
| 住　　　所： |
| 連　絡　先： |
| 住　　　所：  電話：  FAX： |
| (b)  治験薬の名称及び予定される効能・効果 | 治験薬の名称： |
| 予定される効能・効果： |
| (c)  薬事法に基づく届け出の年月日(届出回数)及び治験薬成分記号 | 届出年月日：西暦　　　年　　　月　　　日（届出回数　　　　回） |
| 治験薬成分記号： |
| (d)  当該患者に対する治験実施期間 | 同意取得日：西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 依頼者負担開始日：西暦　　　年　　　月　　　日  依頼者負担終了日：西暦　　　年　　　月　　　日（予定・終了） |
| 投与開始日：西暦　　　年　　　月　　　日  投与終了日：西暦　　　年　　　月　　　日 |
| (e)  治験の研究実施  責任医師氏名 |  |
| 備　　　考 | 【企業治験】 |