西暦　　　年　　月　　日

直接閲覧実施連絡票/結果報告書

昭和医科大学藤が丘病院

　臨床研究支援室　御中

直接閲覧申込者

（名称・所属）

（氏名）

下記の治験の直接閲覧(□モニタリング、□監査)を実施したく、以下のとおり連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者 |  |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 実施希望日時 | 西暦　　　　年　　月　　日（　　　）　時　　分　～　　　時　　分 |
| 閲覧者連絡先 | Mobile： | Office: |
| Email： |
| 立会人（希望時のみ記載） | □治験責任医師　□治験分担医師　□治験協力者　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象となる被験者の識別コード | 直接閲覧対象文書等 |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | □診療記録（外来・入院）　□症例報告書　　□被験者日誌　□治験薬管理表□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の治験資料 | □治験審査委員会議事録□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 貸出希望資料 | □医療用医薬品集□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

西暦　　　年　　月　　日

結果報告

|  |  |
| --- | --- |
| 実施時間 | 西暦　　　　年　　月　　日　　　時　　分　～　　　時　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 結果概要 |  |

注）対象となる被験者の変更や追加については、結果概要に記載すること

担当者サイン