治験参加カード

実施医療機関名を記載ください。

**作成見本**

複数診療科で実施する場合：担当医師

単科実施の場合：責任医師してください

＜表＞

実施医療機関名を記載ください

実施医療機関名を記載ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【連絡先】**  昭和大学病院/昭和大学病院附属東病院  ●責任（担当）医師：　　　　科  外来：03-3784-××××  ●臨床研究コーディネーター(CRC)：  臨床研究支援センター：03-3784-8102  （月～金 8:30-17:00，土 8:30～13:00）  ●休日/時間外：03-3784-8437(救急外来） | **【患者さんへ】**  ＊治験期間中は、この参加カードを常に携帯して下さい．  ＊他の診療科や病院で診察を受ける場合や、薬局・薬店で薬を購入する場合この参加カードを医師/薬剤師に提示して下さい．  ＊この参加カードは大切に保管していただき，治験が終了しましたらご返却ください．  ＊次の場合，連絡先までご連絡下さい．  ・他の診療科や他院で処方された薬を使用する場合  ・体の不調や普段と変わった症状があった場合  複数診療科：担当医師  単科：責任医師のみ | ◆ 治験参加カード ◆  治験名：  昭和大学病院/昭和大学病院附属東病院  治験責任医師：●●科　（治験責任医師名）  治験担当医師：●●科　（治験分担医師名）  治験参加期間：20●●年〇月〇日～  20●●年〇月〇日（予定）  昭和大学病院/昭和大学病院附属東病院第1版（20●●年〇月〇日） |

＜裏＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【医師・薬剤師の先生方へ】**  （　　　　　　　　　）さんは，昭和大学病院（附属東病院）で対象疾患を対象とした治験に参加されています．  対象疾患等を記載下さいい。  　そのため、併用薬・併用療法に制限がありますやむを得ずこれらを使用する場合・ご不明な点がある場合には表面の連絡先までご連絡ください．どうぞよろしくお願い致します。 | 【併用禁止薬・併用禁止療法】 | 【併用制限薬・併用制限療法】  必要に応じて記載して下さい。  【投与群】  □治験薬投与群  □医師選択治療群（使用薬：〇〇〇、〇〇〇） |

★高さ55mm、横85mmのサイズで作成し、両面印刷をお願いします。

治験参加カード

＜表＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【連絡先】**  昭和大学病院/昭和大学病院附属東病院  ●責任（担当）医師：　　　　科  外来：03-3784-××××  ●臨床研究コーディネーター(CRC)：  臨床研究支援センター：03-3784-8102  （月～金 8:30-17:00，土 8:30～13:00）  ●休日/時間外：03-3784-8437(救急外来） | **【患者さんへ】**  ＊治験期間中は、この参加カードを常に携帯して下さい．  ＊他の診療科や病院で診察を受ける場合や、薬局・薬店で薬を購入する場合この参加カードを医師/薬剤師に提示して下さい．  ＊この参加カードは大切に保管していただき，治験が終了しましたらご返却ください．  ＊次の場合，連絡先までご連絡下さい．  ・他の診療科や他院で処方された薬を使用する場合  ・体の不調や普段と変わった症状があった場合 | ◆ 治験参加カード ◆  治験名：  昭和大学病院/昭和大学病院附属東病院  治験責任医師：●●科　（治験責任医師名）  治験担当医師：●●科　（治験分担医師名）  治験参加期間：20●●年〇月〇日～  20●●年〇月〇日（予定）  昭和大学病院/昭和大学病院附属東病院第1版（20●●年〇月〇日） |

＜裏＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【医師・薬剤師の先生方へ】**  （　　　　　　　　　）さんは，昭和大学病院（附属東病院）で対象疾患を対象とした治験に参加されています．  　そのため、併用薬・併用療法に制限がありますやむを得ずこれらを使用する場合・ご不明な点がある場合には表面の連絡先までご連絡ください．どうぞよろしくお願い致します。 | 【併用禁止薬・併用禁止療法】 | 【併用制限薬・併用制限療法】  【投与群】  □治験薬投与群  □医師選択治療群（使用薬：〇〇〇、〇〇〇） |

★高さ55mm、横85mmのサイズで作成し、両面印刷をお願いします。