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）●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。