院内治験関連様式 01

治 験 概 要【医 師 主 導】

（治験管理室⇒医事）（ 新規 ・ 変更 ） 年 月 日

カルテ番号		被験者識別コード	
患者氏名		性別	
生年月日		治験実施診療科	

(a)治験責任医師	
(b)治験責任医師連絡先	住所：〒752-8510 山口県下関市長府外浦町 1-1 関門医療センター 連絡先：083-241-1199（代表） ＦＡＸ ：083-241-1301 e-mail ：
(c)治験実施計画書番号	
(d)治験課題名	
(e)治験薬等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：
(f)薬事法に基づく届出の年月日（届出回数）及び治験成分番号	届出年月日：
	治験成分番号：
(g)当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投与開始日および投与終了日）	同意取得日：令和 年 月 日 投与開始日：令和 年 月 日 投与終了日：令和 年 月 日(予定・終了) 最終観察日：令和 年 月 日(予定・終了)
備 考 （保険外併用療養費該当期間や治験依頼者が負担する同種同効薬等について記載する）	

（診療報酬明細書添付用）