

治験参加カード 見本

記載すべき内容の量によって、裏表に印字されたカードサイズ、もしくは2つ折り/3つ折り等で折り畳んだ状態でカードサイズになるようにして下さい。

治験参加カード

この患者さんは武蔵野赤十字病院で治験に参加されています。

治験薬名:

対象疾患:

治験参加期間 20 / / ~ 20 / /

治験薬投与期間 20 / / ~ 20 / /

- * 薬効評価および安全性に影響を及ぼすため裏に示す薬剤が併用禁止となっておりますので処方の際には留意願います。
- * 治験薬の休薬・減量を要するような症状、疾患と考えられた場合は、当院までお問い合わせ下さいますようお願い致します。

(例)

【併用禁止薬・併用禁止療法】

治験参加期間中は併用を禁止します。

…具体的な薬剤名や一般名を記載…

【併用制限薬・併用制限療法】

治験薬投与期間中は原則として用量変更や新たな開始はできません。

治験薬の内服と4時間以上あけて使用して下さい。

…具体的な薬剤名や一般名を記載…

【併用注意薬】

治験薬の濃度が上昇する可能性があり、副作用に注意して使用して下さい。

…具体的な薬剤名や一般名を記載…

[連絡先]

武蔵野赤十字病院 ○○○科

担当医師: _____

〒180-8610 武蔵野市境南町 1-26-1 TEL:0422-32-3111(代表)

治験管理室直通 TEL・FAX:0422-32-3421