|  |
| --- |
| 治験概要 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 |  | 患者氏名 |  |
| 患者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (a)治験依頼者の氏名・住所及び連絡先 | 治験依頼者：  住所：〒 |
| 連絡先：〒  電話：  Fax： |
| (b)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 |
| (c)薬事法に基づく届出を行った治験にあってはその届出年月日及び治験成分記号 | 届出年月日：　　　年　月　日  （届出回数）回 |
| 治験成分記号： |
| (d)当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投与開始日及び投与終了日） | 投与開始日：　　　　年　　月　　日  投与終了日：　　　　年　　月　　日  （予定・終了） |
| (e)治験の実施責任医師 |  |
| (f)備考 | |