治　　験　　概　　要

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岐阜大学医学部附属病院

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名 |  | 治験受付番号 |  |
| 患者ＩＤ |  | 患者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （ａ）治験依頼者の住所・氏名　　　及び連絡先 | 治験依頼者の住所・氏名 |
| 連絡先 |
| （ｂ）治験薬又は医療機器等の名称及び予定される効能・効果 | 治験薬又は医療機器の名称： |
| 予定される効能・効果： |
| （ｃ）薬事法に基づく届出の年月日　　　（届出回数）及び治験薬の　　　　成分記号又は医療機器名 | 届出年月日：　　　　年　　月　　日（届出回数　　　　） |
| 治験薬の成分記号　：医療機器名　： |
| （ｄ）当該患者に対する治験実施期間 | 　同意取得日 :　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　投与（使用）開始日 :　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　投与（使用）終了日 :　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　治験終了予定日 :　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　治験終了日 :　　　　　年　　　月　　　日（医事課記入欄） |
| （ｅ）治験実施責任医師 |  |
| 備　　　　　　　考 | 　治験課題名： |

（診療報酬明細書添付用）