治験概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 |  | 患者氏名 |  |
| ＩＤ番号 |  | 被験者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者の氏名・所在地  及び担当者連絡先 | 治験依頼者：  代表者：  所在地：〒 |
| 担当者連絡先：  会社名：  氏　名：  所在地：〒  電　話：  ＦＡＸ：  メール： |
| 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： |
| 医薬品・医療機器法等に基づく届出の年月日  （届出回数）及び治験成分記号 | 届出年月日：西暦　　　　年　　月　　日（届出回数　　　回） |
| 治験成分記号： |
| 当該患者に対する治験実施期間  （治験薬の投与開始日  および終了日） | 投与開始日：西暦　　　年　　　月　　　日  投与終了日：西暦　　　年　　　月　　　日（予定・終了） |
| 治験の実施責任医師 |  |
| 備　　考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |