|  |
| --- |
| 《　企　業　治　験　概　要　》（診療報酬明細書添付用） |
| 診療科目 |  | 被験者識別番号 |  |
| 患者ＩＤ |  | 患者氏名 |  |

提出日　西暦　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 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： |  |
| 住　　所： |  |
| 担当者名： |  |
| T　E　L： |  |
| F　A　X： |  |
| 1. 治験薬等の名称　及び

予定される効能・効果 | 治験薬の名称： |  |
| 実施計画書番号： |  |
| 予定される効能効果： |  |
| 1. 薬事法に基づく届出の

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： |  |
| 1. 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） | 同意取得日： | 西暦　　年　　月　　日　 |
| 投与開始日： | 西暦　　年　　月　　日　（予定） |
| 投与終了日： | 西暦　　年　　月　　日　（予定・終了） |
| 治験終了日： | 西暦　　年　　月　　日　（予定・終了・脱落） |
| 1. 治験の実施責任医師
 |  |
| 備考 | 同意取得日～治験薬投与開始の前日：本治験に係るすべての検査及び画像診断の費用（全額依頼者負担） |
| 治験薬投与期間：すべての検査、及び画像診断の費用：同種同効薬：その他 |
| 治験薬投与終了の翌日以降～治験終了日：本治験に係るすべての検査及び画像診断の費用（全額依頼者負担） |