|  |
| --- |
|  |

愛媛大書式14

治　験 概　要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 |  | 患者氏名 |  |
| カルテ番号 |  | 患者ＩＤ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (a)治験依頼者の氏名・住所  及び連絡先 | 治験依頼者：  代　表　者：  住　　　所： |
| 請求書等送付先  　　　　　住所：〒 -  　　　　　名称：  担当者：  電　話：  ＦＡＸ：  連　絡　先  担当者：  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)医薬品医療機器等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： |
| (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：西暦　　年　　月　　日  投与終了日：西暦　　年　　月　　日（予定・終了） |
| (e)治験の実施責任医師 |  |
| (f)研究期間 | 西暦　　年　　月　　日 ～ 西暦　　年　　月　　日 |