

当院書式 4-1

整理番号	
区分	☐ 治験 ☐ 製造販売後臨床試験
	☐ 医薬品 ☐ 医療機器 ☐ 再生医療等製品

治 験 概 要

診療科目		患者氏名	
カルテ番号		被験者識別コード	

(a) 治験依頼者の氏名・住所 及び連絡先	治験依頼者
	支払い担当会社名・請求書の宛名
	請求書送付先の住所・担当者 〒
	会社名： 担当者： Tel： Fax：
	治験問い合わせ先 担当者： Tel： E-mail：
(b) 治験機器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：
	治験識別記号：
(d) 当該患者に対する治験実施期間 （治験薬の投与開始日および 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) 区分	☐ 内服 ☐ 外用 ☐ 注射
	☐ 前期 ☐ 第Ⅱ相臨床試験
	☐ 後期 ☐ 第Ⅲ相臨床試験 ☐ その他（ ）
備 考	