**治　験　概　要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名 |  | 識別コード |  |
| ID番号 |  | 患者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (a) 治験依頼者の氏名・住所  及び連絡先 | 治験依頼者：  住　　　所：  代表者氏名： |
| 連絡先：  住　所：    担当者：  電　話：  F A X： |
| (b) 治験薬の名称及び予定  される効能・効果 | 治験薬の名称： |
| 予定される効能効果： |
| (c) 薬事法に基づく届け出の  年月日（届出回数）及び  治験成分記号 | 届出年月日：　　年　月　日（届出回数　回） |
| 治験成分記号（治験薬記号）： |
| (d) 当該患者に対する治験  実施期間（治験薬の投与  開始日及び投薬終了日） | 同意取得日：　　　　年　　月　　日  投薬開始日：　　　　年　　月　　日  投与終了日：　　　　年　　月　　日（予定，終了）  観察終了日：　　　　年　　月　　日 |
| (e) 治験の実施責任医師 |  |
| 備　　　考 | 例）本治験では、治験薬投与開始～終了までの期間、以下にあげる費用を依頼者負担とする。 |

（診療報酬明細書添付用）