治験参加カード（見本）

1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　3

併用禁止薬・併用禁止療法

①

②

③

④

****

◆◆◆ 患者さんへ ◆◆◆

\* 治験参加中はこのカードを常に携帯してください。

\* 他の診療科や他の病院を受診される場合には､このカードをご提示ください。

\* 風邪やけがなど、何らかの理由でお薬（市販されている家庭用のお薬も含みます）が必要になった場合や、身体に異常を感じた場合にはご連絡ください。

第●版（yyyy/mm/dd作成）

2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　4

治療内容(割り付け群)を選択できるよう記載

◆◆◆ 連絡先 ◆◆◆

香川大学医学部附属病院　●●●●●科

治験担当医師 ：説明時に記入するため空欄

治験ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ：説明時に記入するため空欄

電話番号：087-898-5111（代表・平日8:30～17:15）087-891-2334（事務当直・上記以外の時間）

治験相談窓口 ：臨床研究支援センター

087-891-2345（平日8:30～17:15）

◆◆◆ 医療機関の先生方へ ◆◆◆

　　　　　　　　　　　　 さん は、以下の薬剤を使用した（対象疾患）を対象とした治験にご参加いただいております。

□ ▲▲▲▲▲

□ ×××××

参加予定期間：20　　年　　月　　日～20　　年　　 月 頃

\* 治療薬の変更や手術などの処置が必要と判断される場合やご不明な点がございましたら、治験担当医師もしくは治験相談窓口までご連絡をお願いします。

4

3

＊こちらの形式はあくまでも見本ですので指定するものではありません。

2

カードの大きさは可能な限り診察券サイズでの作成をお願いします。

1