

治験課題名を簡潔に
記載してください。

***** 臨床試験に参加しています *****

わたしは九大病院で、_____の臨床試験に参加して
います。開始日は西暦 _____年 _____月 _____日から _____間の予定です。
<医療関係者の方へ>

診療科名を
記載してください

の患者さんを貴院にてご加療いただく場合には、下記までご連絡下さい。

_____科 _____先生

臨床研究コーディネーター _____

平日(8:30~17:00)

ARO次世代医療センター 092-642-5516・5858

同意説明文書の連絡先と
同じにしてください

診療科名を
記載してくだ

_____科外来 092-642- ()

夜間・土・日祝日 _____病棟 092-642- ()

同意説明文書の連絡先と
同じにしてください

九州大学病院

この枠と同じ大きさ

縦 8cm、横 14cm で

その他注意事項を作成してください。

※当院では、原則的にお薬手帳を利用して治験参加カードの運用を行っており、上記サイズは当院で使用しているお薬手帳の大きさに合わせたものになっています。
参加カードに盛り込む注意事項の内容についての指定はありませんが、大きさは上記サイズに合わせて作成をお願いします。複数枚になっても構いません。
また、被験者のお薬手帳に貼付しますので、実際のは可能ならシールタイプで作成をお願いします。

***** 臨床試験に参加しています *****

わたしは九大病院で、_____の臨床試験に参加しています。開始日は西暦 _____年 月 日から _____間の予定です。
〈医療関係者の方へ〉

この患者さんを貴院にてご加療いただく場合には、下記までご連絡下さい。

_____科 _____先生

臨床研究コーディネーター _____

平日(8:30~17:00)

ARO次世代医療センター 092-642-5516・5858

_____科外来 092-642- ()

夜間・土・日祝日 _____病棟 092-642- ()

九州大学病院

【医師ならびに薬剤師の先生へ】

〇〇製剤を服用しています。

◆ 治験参加期間中は次の表に示す薬剤・処置の併用は禁止されております

下記に該当する薬剤を処方される場合や貴院に入院された場合、あるいはご不明な点がある場合などには、お手数ですが表記連絡先までご連絡下さい。

併用禁止薬

〇〇系薬剤、〇〇剤、……

【患者さんへのご注意】

- ◆ 担当医師や臨床研究コーディネーターから指示された来院日を守ってください。
- ◆ 当院の他の診療科や他の医療機関で診察を受ける場合は、医師・薬剤師にこの治験参加カードを提示してください。
- ◆ 薬局・薬店で購入した市販薬を飲まれる際は、事前に担当医師または臨床研究コーディネーターにご相談ください。
- ◆ この治験について、分からないことや心配なことがありましたら、担当医師や臨床研究コーディネーターに相談してください。
- ◆ ……