

臨床試験指示票（外来用）

治験薬名 _____

症例番号：

I D 番号：

氏名：

担当科名：

治験担当医師名

* 記名捺印または署名

印

本票は、本日の来院が治験のための来院であることを証明するためのものであり、本票に基づき1回 _____ 円の謝金が被験者に支払われます。（治験のための来院以外は支払えません。）また、治験薬投与の開始により、契約実施症例数が更新されます。治験に係る診療を円滑に行うため下記の該当する項目をチェック☑してください。

本日の来院目的

- 治験のための来院であり、謝金を振り込む来院に該当する。
- 治験とは関係のない来院である。
- その他（コメント欄に記入）

治験薬（プラセボを含む）投与状況

- 治験薬投与開始日前の来院である。
- 本日が治験薬投与開始日である。
- 治験薬投与開始日以降の来院である（本日の来院までに、すでに治験薬の投与開始済み）。

臨床検査

- | | | | | |
|----|----|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 採血 | あり | [<input type="checkbox"/> 外注のみ | <input type="checkbox"/> 院内のみ | <input type="checkbox"/> 外注と院内] |
| | なし | <input type="checkbox"/> | | |
| 採尿 | あり | [<input type="checkbox"/> 外注のみ | <input type="checkbox"/> 院内のみ | <input type="checkbox"/> 外注と院内] |
| | なし | <input type="checkbox"/> | | |

会計処理

- 保険外併用療養費開始前であるが、依頼製薬会社との覚書に従い会計処理する。
- 保険外併用療養費を開始する。
- 保険外併用療養費を継続する。
- 本日にて保険外併用療養費を終了する。（次回からは保険診療）
- 保険外併用療養費は終了したが、依頼製薬会社との覚書に従い会計処理する。

治験薬処方

- あり
- なし

コメントをお書き下さい。（本票は臨床試験部で回収します）