

(診療科→医療サービス課→臨床試験部)

管理番号： _____
年 月 日

臨床試験指示票（入院用）

治験薬名 _____

症例番号：

ID番号：

氏名：

担当科名：

治験担当医師名

* 記名または署名

印

本票は、今回の入院が治験のための入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7,000円が謝金として被験者に支払われます（治験のための入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。

今回の入院目的

- 治験のための入院であり、謝金を振り込む入院に該当する。
- 治験とは関係のない入院であり、謝金を振り込む入院には該当しない。

治験薬（プラセボを含む）投与状況

- 今回の入院前に、治験薬の投与開始は無く、今回の入院中も治験薬投与の開始は無かった。
- 今回の入院中に、治験薬の投与を開始した（投与開始日 平成 年 月 日）。
- 今回の入院前に、すでに治験薬の投与を開始していた。

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）