

臨床試験指示票（外来用）

治験薬名 _____

症例番号：

治験担当医師名

I D 番号：

氏名：

担当科名：

* 記名捺印または署名
印

CRC _____

本日の来院目的

- 治験実施計画書に規定された治験のための来院日である（謝金を振り込む来院に該当）。
- 治験実施計画書に規定されていないが、治験のための来院日である（謝金を振り込む来院に該当）。
- 治験実施計画書に規定された治験のための来院日である（謝金を振り込む来院に該当しない。）
- 治験とは関係のない来院である（謝金を振り込む来院に該当しない）。
- 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）。
- 治験薬投与終了翌日以降の来院である。

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

- 投与前観察期間中の為、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）。
- 投与終了後観察期間中の為、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。（本指示票は臨床試験部で回収します）

※臨床試験部から治験担当医師へのお願い

本指示票は、本日の来院が治験のための来院であることを証明するものであり、本指示票に基づき 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該当する項目にチェック をお願いします。