

(診療科→医事課→臨床試験部→管理運営課経理係)

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：

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 _____

今回の入院目的

- 治験実施計画書に規定された治験のための入院である（謝金を振り込む入院に該当）。
- 治験実施計画書に規定されていないが、治験のための入院である（謝金を振り込む入院に該当）。
- 治験とは関係のない入院である（謝金を振り込む入院に該当しない）。

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。
- 治験薬投与終了翌日以降の入院である。

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）

_____円× _____日分（ _____月 _____日 ~ _____月 _____日）

※臨床試験部から治験担当医師へのお願い

本指示票は、今回の入院が治験のための入院であることを証明するものであり、本指示票に基づき1日_____円の謝金が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該当する項目にチェック をお願いします。

国立大学法人群馬大学医学部附属病院臨床試験部 内線 8740