

## 医師主導臨床研究チェックシート

記入日	西暦	年	月	日
試験番号				
実施診療科				
記入医師氏名				
研究課題名				

- 研究責任医師に変更がある。  はい  いいえ  
 変更前の責任医師：
- 研究分担医師に変更がある。  はい  いいえ
- 実施症例数が予定症例数を超過している。  はい  いいえ  
 承認されている予定症例数：
- 実施期間が予定研究期間を超過している。  はい  いいえ  
 承認されている予定研究終了日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- 臨床研究が終了している。  はい  いいえ
- 先端医療開発センターに未提出の同意書がある。  はい  いいえ  対象外  
(オプトアウト等)
- 未報告の重篤な有害事象の発生がある。  はい  いいえ  保留
- 学会・論文等で発表した。  はい  いいえ
- 先進医療開発を目的としている。  はい  いいえ
- 臨床試験登録データベースに登録した。  はい  いいえ  対象外  
(介入を行う研究の場合は登録必須)

先端医療開発センター 臨床研究推進部への要望：