カードサイズ（三つ折）

外　側

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＜患者さん及びご家族の方へ＞****治験薬服用期間（プロトコールの内容によっては「治験参加期間」とする）中に他の診療科あるいは他の医療機関を受診される際のお願い*** 治験担当医師以外の医師の治療を受ける時は治験に参加していることを必ず受診先の医師に伝え、このカードを提示してください。また、治験担当医師にも連絡してください。
* 街の薬局、薬店で売っている薬を含め、他のお薬を服薬する際、また、健康食品やサプリメントなどを使用する際は、医師・薬剤師にこのカードを提示し、治験担当医師にも相談してください。
* このカードをなくした時は、治験担当医師、又は、治験コーディネーターまでお申し出ください。
 | **【 治験参加カード 】****患者さんのお名前 ：**  ＊対象疾患 ： ●●＊治験薬名 ： 〇○○＊治験参加予定期間 ：　20　　年　 　　　月　 　　　日 　 ～20　　年　 　　月 　　　日**【連絡先】**＊地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館診療科：〇○○科治験責任医師：〇○　〇○○　治験担当医師： 　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：0952-24-2171（代表）**【相談窓口】**＊地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館総合臨床研究所　臨床試験推進部TEL：0952-24-2171（代表）　 　　　（夜間・休日含む）治験コーディネーター：　　　　　　　　　 | **＜医療機関・薬局等の先生方へ＞**治験薬服用期間（プロトコールの内容によっては「治験参加期間」とする）中は中に示す薬剤・療法が併用禁止となっておりますのでご留意ください。なお、併用禁止薬の処方、併用禁止療法を行う必要がある場合、治験担当医師または治験コーディネーターまで電話にてご確認の上、処方いただきますようお願い申し上げます。副作用（医療機器治験の場合「不具合」とする）が発生した場合などの緊急時や、詳細な情報が必要な場合は、記載の【連絡先】までご連絡ください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↑　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　↑

　　　　　　　　　外表紙　　　　　　　　　　　山折り 山折り　　　　　　　　中面

内　側

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【併用禁止薬】 | 【併用禁止薬】つづき【併用注意薬】 | 【その他の薬剤処方・処置の場合】* 患者さんが入院された場合には、24時間以内に治験依頼者への報告が必要です。また、外来で新たな処置等が必要な場合は、追加で詳細な情報提供をお願いすることもあります。

ご協力の程宜しくお願い申し上げます。* 治験参加期間中に、上記事象がありましたら、表面に記載の連絡先まで情報をくださいますようお願い致します。

20　　年●月●日作成　第■版 |

内　側

 　　 　 ↑　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　↑

谷折り 　 谷折り

治験参加カード（見本）

* 治験依頼者様へ　治験参加カード雛形に上記のような内容が記載されているかご確認下さい。
* 医療機器治験，製造販売後臨床試験、試験デザイン等により、修正が必要な場合は、適宜ご対応をお願い致します。
* 相談窓口は、SMOがCRC業務を担当する場合は、病院名・部署名・代表電話番号を削除し、SMOのCRCの連絡先を記載して下さい。