治　験　概　要(企　業　依　頼)

(a)～(c)は依頼者側でご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科目 |  | 患者氏名 |  |
| カルテ番号 |  | 識別コード |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （ａ）治験依頼者の氏名・住所  　　　及び連絡先 | 治験依頼者：  代表取締役社長：  住所：〒 |
| 連絡先：  住　所：〒  担当者：  電　話：  FAX：  e-mail： |
| （ｂ）治験薬等の名称及び予定  　　　される効能・効果 | 治験薬の名称： |
| 予定される効能・効果： |
| （ｃ）薬事法に基づく届出の年月日 | 届出年月日：　　　年　　月　　日(届出回数　　回) |
| （届出回数）及び治験成分番号 | 治験成分番号： |
| （ｄ）当該患者に対する治験実施  　　　期間（治験薬の投与開始日  　　　および投与終了日） | 投与開始日：　　　　年　　月　　日  投与終了日：　　　　年　　月　　日(予定・終了) |
| （ｅ）治験の実施責任医師 |  |
| 備　　　　考 |  |

　　　　　　　　　（診療報酬明細書添付用）