

治験参加カードの作成方法

●サイズ

可能な限り自動車運転免許証の大きさに作成してください。(折り方は不問)
(折りたたんで上記サイズであれば構いません)

●記載事項

1. 治験薬概要
2. 他の診療科及び医療機関への注意事項
 - ・患者さんが治験に参加していること (対象疾患名等)
 - ・治験期間 (予定)
 - ・併用禁止薬
 - ・併用禁止療法
 - ・その他の注意事項
3. 患者さんへの注意事項
 - ・他の診療科及び医療機関受診時の注意事項
 - ・市販薬、栄養補助食品に関する注意事項
 - ・その他の注意事項

4. お問い合わせ

大阪市立総合医療センター

治験責任医師 科 氏名

治験担当医師 科 氏名

TEL : 06-6929-1221 (代表)

治験コーディネーター :

TEL : 06-6929-3269 (9:00~17:00 土日祝日除く)

5. 作成日

- ・西暦で記入

治験責任医師の所属と氏名は印刷
しておいてください

「患者様」「患者さま」は使わずに、すべて「患者さん」としてください。

記載事項の1~3については担当CRCと打ち合わせのうえ作成してください。

サイズと記載事項の4についてはできるだけ上記のとおり作成してください。