

# 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

- ・ 治験参加者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. 治験参加者への注意事項

- ・ 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）

臨床研究コーディネーター：

TEL：06-6929-3269（9:00～17:00 土日祝日除く）

治験責任医師の所属と氏名は  
あらかじめ印字してください

### 5. 作成日

- ・ 西暦で記入

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。