|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **4ページ目（裏面）** | **1ページ目（表紙）** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | .作成日：　　年　　月　　日川大様式112号（20181201）**医療関係者さまへ** 治験の目的、内容については治験参加患者さまがお持ちの治験参加カードをご覧ください。　・治験薬の薬効は 分類　　　　です　・治験薬の品名・成分名は 　　　　　 です　・治験薬初回処方日は　　　　 年　　 月　　 日です　・治験薬導入前の定期処方及び治験薬導入に伴う変更　　（治験薬導入前後の処方変更が判るように記載）**分類Ａ**：治験参加患者さんへの対応（治験薬の代替薬）について　可能な限り治験薬の継続を優先し、無理であれば治験薬導入前の　定期処方への変更をお願いいたします**分類Ｂ**：治験参加患者さんへの対応について　治験薬導入前の定期処方への変更をお願いいたします**分類Ｃ**：治験参加患者さんへの対応について　上乗せ試験にて特に代用の必要はありません | **治験参加患者さんへ** 今回あなたは **分類**（以下、参照） に該当しますＡ：お薬の継続投与が必要です。川崎医科大学附属病院で治験担当医師から事前に受けました指示に従ってくださいＢ：緊急性はありませんが治験薬または代わりのお薬が必要です　　川崎医科大学附属病院に連絡し相談してくださいＣ：災害の状況が安定したら川崎医科大学附属病院に連絡してください**川崎医科大学附属病院が被害を受け外来患者さまの対応ができない場合** 　　　治験依頼者にお問い合わせください**このカードは、大規模な地震等による災害時に、治験参加患者さまにご協力頂きたい事項および医療関係者への情報をお知らせするものです。****災害時治験カード** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **2ページ目** | **3ページ目** |  |  |
|  |  | 　　　　　　　　　　　**お問い合わせ先** |  |  |  |
|  |  | 治験依頼者会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：電話番号： 　治験依頼者に連絡をするときには下記事項をお伝えください参加病院名：川崎医科大学附属病院担当医　　：　　　　 　　　　　　 　　　　先生治験課題名： 被験者番号：**患者さんの実名ではなく本治験専用の被験者番号をお伝えください**※連絡がとれない場合にお問い合わせください。　**川崎医科大学附属病院 　治験管理室****電話番号：０８６ – ４６２-１４０１****メールアドレス：**k\_chiken@hp.kawasaki-m.ac.jp | 【災害用ブロードバンド伝言板「web171」の録音方法】① https://www.web171.jp へアクセス、又は「web171」を検索② 電話番号＊ （市外局番・ ○○○○-○○○○）を入力します③ 画面に従って、お名前、連絡先、伝言を入力し、登録してください＊ご自身の電話番号（市外局番から入力）、もしくは携帯番号を入力してください電話番号：　 　 川大様式112号（20181201）① 171 にダイヤルします ガイダンスが流れます ② 1 をダイヤルします ③ 電話番号＊（市外局番・ ○○○○-○○○○）をダイヤルします④ ガイダンスに従いお名前、連絡先、伝言を録音してください＊ご自身の電話番号（市外局番からダイヤル）、もしくは携帯番号をダイヤルしてください【災害用伝言ダイヤル「171」の録音方法】**災害用伝言ダイヤルの使用**　大規模災害が起こった場合、あなたの安否確認が必要となる場合があります。通信の混乱が予想されますので、災害用伝言ダイヤルの使用について、ご協力をよろしくお願いします。 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |