**治　験　概　要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **診療科目** | **科** |  | |
| **カルテ番号** |  | **患者氏名** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **治験依頼者の氏名・住所**  **及び連絡先** | **治験依頼者：**  **住　所：** |
| **連絡場所：〒**  **担当者：**  **TEL：　　　　　　　　　　　FAX：** |
| **請求書に記載する宛名：** |
| **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：** |
| **薬機法に基づく届け出の年月日（届け出回数）及び治験成分記号** | **届出年月日：西暦　　　　年　　月　　　日**  **届出回数：** |
| **治験成分記号：** |
| **当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投与開始日及び投与終了日）** | **投与開始日：西暦　　　　年　　月　　　日**  **投与終了日：西暦　　　　年　　月　　　日（予定・終了）** |
| **治験の実施責任医師** |  |
| **備　考** |  |

**川崎医科大学附属病院（診療報酬明細書添付用**）