2015 年 11 月 16 日改訂

治験参加カード＜記載見本＞

治験実施診療科名を記入

＜連絡先＞

空欄

名古屋大学医学部附属病院

●治験担当医師: ●●●科 _____

TEL：052-741-2111（代表）

●先端医療・臨床研究支援センター（平日 8:30-17:30）

TEL：052-744-1962、1956

空欄

担当 CRC:_____

●救急外来（夜間休日のみ）TEL：052-744-2704

＜患者さんへ＞

◆夜間休日に当院を受診する場合は、救急外来に電話し、「治験に参加しています」と伝え、来院時に医師または看護師にこのカードをお見せください。

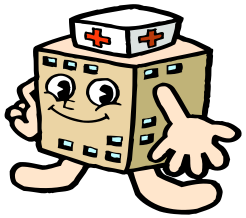
◆他の診療科や他の病院を受診する際には、医師または看護師、薬剤師にこのカードをお見せください。

◆次の場合、必ず治験担当医師にご相談ください。

1. 病院で新たにお薬を処方してもらうとき
2. 薬局でお薬を購入するとき

◆治験中、いつもとは異なる症状がありましたら、治験担当医師または CRC にご相談ください。

治験参加カード



名古屋大学医学部附属病院
先端医療・臨床研究支援センター

空欄

＜医師・薬剤師の先生へ＞

_____様は現在、当院にて実施中の下記の治験に参加いただいております。

■治験薬名：●●●●

必要に応じて一般名や用法用量等を記入

空欄

■治験期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

つきましては、緊急時を除き、右記の処方等をお控えください。また、治験期間中に入院された場合や併用禁止薬/療法を実施される場合、何かご不明な点がございましたら、表面の連絡先へご連絡ください。

（当院の場合は電子カルテの「治験情報」参照）

【併用禁止薬・併用禁止療法】

①
②
③
④
⑤
⑥

薬剤の場合、一般名、代表的な薬品名、薬効別分類名などを組み合わせて列記

終了日未定の治験の場合は「承認まで」など適切な表現に変更。

【　　】

併用制限薬（療法）や併用注意薬（療法）、その他、診療上の注意事項、医療従事者へのその他お願い事項などを記入

- カードの色は黄色で統一してください。印刷前に見本の提示をお願いします。
- サイズは、折りたたんだ際に診察券と同等（おおよそ横 84mm×縦 54mm くらい）を基本とするが、適宜変更可能。
- レイアウトや絵柄等については、適宜変更可能。
- 製造販売後臨床試験の場合、「治験」を「試験」に変更する。