2026 年 3 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

空欄

空欄

空欄

空欄

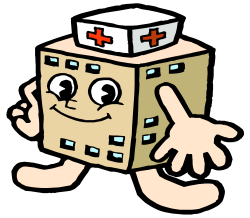
空欄

必要に応じて一般名や
用法用量等を記入

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
適切な表現に変更する

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
その他のお願い事項などを記入

＜連絡先＞	＜患者さんへ＞	治験参加カード
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） ●治験支援センター（平日 8:30-17:00） TEL：052-744-1962、1956 担当 CRC: _____ ●救急外来（夜間休日のみ）TEL：052-744-2704	◆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。	 名古屋大学医学部附属病院 治験支援センター

＜医師・薬剤師の先生へ＞	【併用禁止薬・併用禁止療法】	【　　】
_____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 ■治験薬名：●●●● ■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）*	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	

- 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。