

1 部提出

(投与開始時) 実施責任医師→医事算定係長

(投与終了時) 実施責任医師→医事算定係長

# 《 治 験 概 要 》

(診療報酬明細書添付用)

治験用 患者ID		患者 ID		患者 氏名	
診療 科目					

医事課提出日 平成 年 月 日

(a) 治験依頼者の氏名・住所 及び連絡先	治験依頼者：○○○○○ 代表取締役社長 ○○○○○○○○○○ 住 所：○○○○○○○○○○○○○○○○○
	連 絡 先：〒○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 担当者○○○○○ (TEL: ○○○○○ FAX: ○○○○○ )
(b) 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：○○○○○
(c) 薬事法に基づく届出の 年月日（届出回数）及び 治験成分記号	届出年月日： 平成○○年○○月○○日 （届出回数：○○回）
	治験成分記号：○○○○○○○○○○○○○○○
(d) 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： 平成 年 月 日
	投与終了日： 平成 年 月 日 （予定・終了）
(e) 治験の実施責任医師	○○○○○○○○○○○
備 考 (治験依頼者が負担する同種 同効薬等（プラセボを含む）)	○○○○○○○○○○○ 多数ある場合は、別紙にされても結構です。

注) 1 外来診療においては、保険扱いも含めて全て院内処方とすること。

2 上記同種同効薬等処方の場合は、オーダー画面に「治験関連薬」のコメントを付記入力すること。（医事課が算定時の確認分類に必要なため）

3 上記同種同効薬等オーダー入力は基本的に実施責任医師1名に限定すること。（オーダーの「治験関連薬」コメント徹底のため）他科の医師が上記同種同効薬等を使用する場合も「治験関連薬」コメント入力を徹底すること。

4 治験終了時は、投与終了日及び終了の○印を記入の上、速やかに医事課へ提出し、治験扱いを中止させること。（治験期間の伸縮に応じて、随時訂正報告をお願いします。）