**表**

|  |  |
| --- | --- |
| 治験参加カード【治験内容】【治験参加期間(予定)】 年 月 日～ 年 月 日医師、薬剤師及び看護師の方へこの患者さまは，当院で治験に参加されています。不明な点やお気づきの点がございましたら，連絡先までお問い合わせください。 | 連絡先　鹿児島大学病院【○○センター(部)・○○科】電話番号：（平日）　　　　 （夜間・休日）担当医師：【臨床研究管理センター　治験管理部門】　電話番号：099-275-5553（平日9時～17時）担当CRC：   |

**裏**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者さまへこれは，あなたが「治験内容」の治験に参加していることを他の病院または当院の他の診療科の医師にお知らせするためのカードです。治験に参加されている期間中は，このカードを保険証等と一緒に携帯し，他の病院または当院の他の診療科を受診される際に，必ず診察する医師にお見せください。 |  ★この治験の担当医師以外の医師から処方されたお薬，あるいは市販のお薬を使ったときには，必ず治験の担当医師にお伝えください。【併用禁止薬】鹿児島大学病院　第〇版　20〇〇年〇月〇日 |

* 基本的には、診察券サイズにて、治験参加カードを作成ください。
* 治験依頼者様式でも可能です。
* 内容等が書ききれない場合は，3つ折等にして対応してください。
* 「治験内容」には、治験課題名の略称などを簡潔にして記載ください。
* 連絡先（担当医師、電話番号）は責任医師，分担医師，CRC等と話し合って決定してください。その際，夜間，休日の連絡先（病棟など）も確認し，記入してください。
* IRBの審査資料となりますので，資料ファイルの「その他」へお入れください。