作成日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| **整理番号**：**治験課題名**： **実施診療科**：○○科（責任医師：○○先生、担当CRC：○○（PHS番号））**治験薬名**：**治験依頼者**： |

※以下の内容をA4用紙2枚以内にまとめてください。

**◆試験デザイン：**

※スクリーニングからフォローアップまでの流れ、治療スケジュール、薬剤の投与頻度がわかる

ように記載してください。

※複数の薬剤を投与する場合は、薬剤の投与順序・投与時間が分かるように記載してください。

**◆治験薬について：**

※治験薬の作用機序、外観、保存条件を記載してください。

※以下の表に必要事項を記載してください。その他に注意点があれば記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希釈液 |  |
| 調製後の安定性 |  |
| 粘性 |  |
| 泡立ちやすさ |  |
| 調製後の遮光の有無　 |  |
| 投与ルート | PVCフリーやフィルター使用などの条件がある場合は記載してください。 |

**◆治験薬の調製手順：**

※調製手順を記載してください。