

治 験 概 要

□初回 提出日(年 月 日)

同意取得日(年 月 日)

記

□最終 提出日(年 月 日)

ID:		患者名:	
識別コード:		診療科:	担当医師:
保険外併用療養費制度該当期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日(終了予定日)			
治験薬/機器	名称(コード名)		
	治験実施計画書番号		
	予定される効能・効果		
	厚生労働省への届出年月日	西暦	年 月 日
	届出成分記号		
治験依頼者	[請求書宛先] 会社名: 代表者:		
	[請求書送付先] 会社名: 部 署: 担当者:小倉記念病院 請求書担当者 住 所:〒 TEL:		
保険外併用療養費制度 支給対象外費用 (検査・画像診断等)	<input type="checkbox"/> 治験薬:投与開始日～投与終了日 同種同効薬() <input type="checkbox"/> 治験機器:手技日7日前～手技後7日後 計15日間		
治験期間以外の 依頼者負担費用 □あり ⇒ □なし	<input type="checkbox"/> 同意取得～投与開始日前 <input type="checkbox"/> 投与終了日後～最終観察日 <input type="checkbox"/> その他の特記事項 ()	<input type="checkbox"/> 全ての検査・画像診断 <input type="checkbox"/> プロトコールに規定された検査・画像診断* <input type="checkbox"/> 同種・同効薬 * *その都度、依頼者負担連絡票を医事課へ提出します。	
	<input type="checkbox"/> 中止又は終了後の有害事象の為の追跡調査	<input type="checkbox"/> 事象発生時に相談 <input type="checkbox"/> その他()	
差額ベット代 □あり ⇒ □なし	<input type="checkbox"/> 依頼者負担	<input type="checkbox"/> 治験期間中全て <input type="checkbox"/> その他()	
治験期間を問わず、カルテにオーダーがない治験採血は検体採取料を依頼者請求する。(請求連絡票をその都度、提出)			
備考 支給対象外費用の該当期間に検査・画像診断、同種同効薬以外で依頼者請求ができる項目 <input type="checkbox"/> 治験薬の注射実施料(種類:) <input type="checkbox"/> その他 ()			