整理番号；

# 被験者来院確認票

公立大学法人横浜市立大学

附属市民総合医療センター病院長　　　　　　　　　　　　　　　被験者識別番号

診療科名 科

### 負担軽減費の支給に関する取扱要領第７条に基づき西暦　　年　　月分を提出します。

治験薬 被験者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月／日 | 担 当 医等 確 認印 | 来 院 等 事 由 | 月／日 | 担当医等確認印 | 来 院 等 事 由 |
| **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 | **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 |
| **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 | **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 |
| **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 | **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 |
| **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 | **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 |
| **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 | **／** | 印 | □同意取得 □来 院□入 院 □ 退 院□終了・中止 |

**来院回数合計** 回 確認日 年　 月　　日

## 協力者

注１ 来院等事由欄のうち，該当する項目にチェックをつけて下さい。

注２ 同意取得だけでの来院は支給されません。ただし，当日治験に係る診療等が実施された場合は，負担軽減費が支給されます。（同意書・来院にそれぞれチェックを付ける。）

注３ 治験患者が来院した翌月の１日（厳守）までに臨床試験管理室へ提出してください。ただし，その月の１日が土，日，祝祭日の場合はその翌日に提出してください。