**【放射線部確認リスト　CT】**

治験名称　：

日付 :

• ❑ 1 治験対象疾患と薬剤名　：

• ❑ 2 診療科と担当医師　：

• ❑ 3 予定症例数　：

• ❑ 4 １患者あたりの試験期間　：

• ❑ 5 予定開始時期　：

• ❑ 6 予定患者が決定しているか　：

• ❑ 7 CT画像所見　：治験責任医師及び治験分担医師

▼ ❑ 2 【事前準備】  
• ❑ 1 検査オーダー名称の決定　：

• ❑ 2 装置適格判断のためのテストスキャンの有無　：

• ❑ 3 テストスキャンがある場合のスキャン内容　：

• ❑ 4 テストスキャンがある場合のデータ提出方法　：

• ❑ 5 治験継続のためにテストスキャン（QC）の更新が必要か　：

• ❑ 6 装置登録は必要か　：

• ❑ 7 複数装置の登録が可能か　：

• ❑ 8 装置は固定使用か　：

• ❑ 9 同一患者で複数の装置を使用可能か　：

• ❑ 10 SoftやHW更新の際の手続き　：

• ❑ 11 予定外検査が発生するか否か ：

• ❑ 12 治験についての質問事項が発生した場合の連絡方法 ：

▼ ❑ 3 【検査】

• ❑ 1 撮像方向とその基準線 ：

• ❑ 2 撮像範囲 ：

• ❑ 3 必要な撮影時相：

• ❑ 4 造影剤使用の有無 ：

• ❑ 5 造影剤の使用銘柄の変更が可能か ：

• ❑ 6 造影剤注入条件は当院ルールでよいか ：

• ❑ 7 スライス厚とスライス間隔 ：

• ❑ 8 再構成条件 ：

• ❑ 9 経口造影剤の有無 ：

• ❑ 10 撮像した画像が提出可否の判断基準 ：

• ❑ 11 その他　 ：

▼ ❑ 4 【データ提出】

• ❑ 1 記録メディア ：　CD/DVD

• ❑ 2 メディア入手方法  ：

• ❑ 3 記録枚数 ：

• ❑ 4 患者情報のマスキング内容 ：

• ❑ 5 データ提出方法  ：

• ❑ 6 データ提出期限  ：

• ❑ 7 添付書類の有無 ：

▼ ❑ 5【その他】

•

•❑ IRB：

•❑担当者：

•❑CRC担当者：　　　　　　　　　MPS:

•❑CT担当者：