**治験参加カード（ひな形）**

平日は、該当診療科の連絡の付く（外来/医局等）の番号、夜間休日は代表番号で各診療科当直医対応となります。

**＜表面＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＜連絡先＞**  公立大学法人 横浜市立大学附属病院  ●治験責任医師: ●●●科　　（責任医師名）  空欄  ●治験担当医師: ●●●科  TEL：045-787-＊＊＊＊（平日9:00-17:00）  　：045-787-2800（代表）（上記以外の時間）  　　※夜間・休日緊急時は、各診療科当直医師対応  ●臨床試験管理室  空欄  担当CRC:  TEL：045-352-7510（平日9:00-17:00） | **＜患者さんへ＞**  ◆治験参加中は常にこのカードを携帯してください。他科や他の病院を受診する際には、医師または看護師、薬剤師にこのカードをお見せください。  ◆次の場合、必ず治験担当医師またはCRCにご相談ください。  　1．病院で新たにお薬を処方してもらうとき  　2．薬局でお薬を購入するとき  ◆治験中、いつもと異なる症状がありましたら、ご連絡ください。 | **治験参加カード**  **公立大学法人 横浜市立大学附属病院** |

**＜裏面＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＜医師・薬剤師の方へ＞**  空欄  　　　　　　　　　さん は、公立大学法人 横浜市立大学附属病院において、（治験薬名）の（対象疾患）を対象とした治験に参加いただいております。  空欄  参加予定期間： 年　 月 日～ 年　 月 日  終了日未定の治験の場合は「承認まで」など適切な表現に変更。  そのため、併用薬、併用療法に制限があります。ご不明な点がございましたら、表面の連絡先までご連絡お願いします。  治験薬の安全性情報収集のため、治療の内容等についてお問い合わせさせていただくことがあります。その際にはご協力よろしくお願い致します。 | **【併用禁止薬・併用禁止療法】**  ①  併用禁止薬・併用禁止療法を記入  ②  ③  ④  ⑤  ⑥ | **【　　　　　　　　　　】**  その他、併用制限薬、併用注意薬、治験の概要や、診療上の注意事項など必要に応じて記入 |