**治験参加カード**

**表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏**

|  |  |
| --- | --- |
| **【患者さんへのお願い】**・**治験の期間中は、本券を必ず保険証などに入れて　　ご携帯ください。****なお、この治験期間中に、他の病院や薬局または　当院の他の診療科を受診する場合は、必ず本券をご提示ください。****治験参加カード**１1 | **【併用禁止薬剤】*** △△を誘導もしくは阻害する薬剤（表１参照）。

（記載内容が多い場合は、表にしても可）**【併用禁止療法】**５ |
| **【医療関係者の方へ】****この方は現在、慶應義塾大学病院で****（治験コード名）の（対象疾患名）に対する治験に参加しており、一部の併用療法、併用薬剤が制限されています。****（別項参照）****もしも、治療上の必要性から該当する治療、薬剤をお考えの場合は、下記の連絡先までお問い合わせください。**２ | **【併用注意薬剤】****【併用注意療法】**６ |
| **慶應義塾大学病院　連絡先****◆平日, 土曜日（第2・4・5）8:30～17:00** **03-3353-○○○○（△△△科医局　等）**　＊担当医師【　　　　科　　　　　医師】への連絡　内線：　　　　注）同意説明文書内記載にあわせる＊臨床研究ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰへの相談窓口**03-3353-1211（大代表）**内線：×××××　　　　◇平日,土曜日（休診日を除く）8:30～17:00　　　　　　 03-○○○○-○○○○ 　　　　　　　　◇夜間休日･緊急時：**０３-３３５３-１２０９（大代表）** ○○　○○ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 03-○○○○-○○○○ 　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　3 | **表1　併用禁止薬**

|  |  |
| --- | --- |
| **薬効分類** | **薬剤名** |
| **●●●誘導剤** |
| **××薬** |  |
| **××薬** |  |
| **その他** |  |
| **●●●阻害薬** |
| **××薬** |  |
| **××薬** |  |
| **その他** |  |

 |
|  **◆夜間休日の緊急時****03-3353-1209（大代表）**××科（　　　　）治験に参加していることをお伝え下さい。（この下に、必要時、製薬会社の緊急連絡先を載せる。　　ただしIRB審議が必要）　 　　　　　　　　　　　　４ |

|  |
| --- |
| **●●●阻害薬** |
| **××薬** |  |
| **その他** |  |
| **その他** |
| **××薬**  |  |
| **ハーブ，サプリメント，漢方薬**  |  |

**【その他　注意事項】** |

＊大きさの規定はありませんが、折りたたんでカードサイズ程度となります。

＊この見本に沿って作成する場合はIRB審議不要です。（雛型2014年3月IRBにて審議済み）

　見本以外の情報を載せる必要がある場合はIRB審議が必要のため、治験事務局にご連絡ください。