**治験参加カード**

**表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏**

|  |  |
| --- | --- |
| 【治験実施計画書番号】第×版（作成日　　　　年　　月　　日）  **【患者さんへのお願い】**  ・**治験に参加している間は、このカードを必ず保険証などと一緒にご携帯ください。**  **なお、治験に参加している間に、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、必ずこのカードをご提示ください。**  **治験参加カード**  1 | **【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】**  **様は現在、慶應義塾大学病院××科**  **（整理番号：　　　　）（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。**  **（裏面参照）**  **もしも、治療上の必要性から、制限対象に該当する治療、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**  ＊担当医師【　　　　科　　　　　医師】への連絡  **03-3353-○○○○**（△△△科医局　等）  　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（CRC）への相談窓口  **03-5363-××××**（臨床研究推進ｾﾝﾀｰ直通）  ◇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】** |