**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】** |