

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">《 治験参加カード 》</p> <p>様は、千葉県こども病院にて〇〇〇〇病を対象とした多施設共同長期投与試験に参加しています。</p> <p>治験期間中の併用禁止薬を記載しています。</p> <p>新たに薬剤を処方する場合は必ずご確認ください。</p> <p>参加予定期間</p> <p>201 年 月 日から</p> <p>201 年 月 日まで</p> | <p style="text-align: center;">お問い合わせ先</p> <p>お問い合わせは、下記の実施医療機関の治験担当医師又は治験コーディネーターまでお願い致します。</p> <div style="background-color: #fde9d9; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">千葉県こども病院 〇〇科</p> <p>治験相談窓口 平日：午前9時～午後5時 Tel 043-292-2111</p> <p style="text-align: center;">治験責任医師： 〇〇〇 または 薬剤部</p> <p>日祝日および夜間緊急時 午後5時～午前9時</p> <p style="text-align: center;">薬剤部 ：Tel 043-292-2111</p> </div> <p style="text-align: right;">（作成日：20〇〇年〇〇月〇〇日）</p> |
| <p>【併用禁止薬】</p> <p>●</p>                                                                                                                                                                                           | <p>【患者さんへ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●治験期間中は常にこのカードを携帯して下さい。</li> <li>●他病院又は他科を受診する際には、このカードをお見せください。</li> <li>●次の場合、必ず治験担当医師またはCRCに事前にご相談ください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>1、病院で新たにお薬を処方してもらうとき</li> <li>2、薬局でお薬を購入するとき</li> </ul> </li> <li>●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。</li> </ul>                                                                                                                                                          |