

**医師・薬剤師の先生へ**

(被験者名)さんは現在、「(治験課題名 例：〇〇病における治験薬 ABC123 のプラセボ対照二重盲検並行群間比較試験)」に参加中です。参加中は併用薬や併用療法に制限があります。

本カードに記載の併用禁止薬を処方される場合、あるいは有害事象を認められた場合、その他ご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

連絡先医療機関 ☎ :

**治験参加カード**

(Ver.1 2013.11.13)

**患者さんへお願い**

- 他の病院・救急を受診の際は、このカードを受付や医師、看護師又は薬剤師に必ず提示してください。
- 何か異常を感じたら、すぐに当病院へご連絡下さい。
- お渡しした説明文書をよくお読み頂き、「あなたに守って頂きたいことについて」をお守り下さい。
- 当カードを紛失した場合は、担当医師またはコーディネーターまで申し出て下さい。再発行いたします。

**治験参加期間**

201 年 月 日 ~ 201 年 月 日

(終了予定)

**<併用禁止薬/療法>**

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

ご氏名 :

**<併用制限薬/療法 (使用が限定される薬剤/療法) >**

- 1)
- 2)
- 3)

**治験参加中のご注意**

- 1)
- 2)

↑  
た  
に  
お  
り