

スクリーニングカード

に対する の第 相臨床試験 < 薬剤部整理番号 > 株式会社

対応：来院・電話 治験薬情報入手手段：ポスター・新聞・その他 ()

性別、年齢などに制限がある場合は () で記載。

日時：平成 年 月 日 () 担当： 時間：(: ~ :)

患者名： 様 ID 番号：

性別： 男 ・ 女 女性は閉経後とする。 年齢： 歳 40 歳以上とする。

電話番号： () 住所： 宇部市 ・ その他 ()

当院受診の有無： 有 ・ 無 他院受診の有無： 有 (病院名：) ・ 無

投薬の有無： 有 ・ 無

< 薬品名 >

選択基準・除外基準に記載されている薬歴に関する事項、併用禁止薬等を簡単に記載。

例) 選択基準： - グルコシダーゼ阻害剤...3 カ月以上前から服用

除外基準：ステロイド<全身投与>、 - 遮断薬、利尿剤...投与中

併用禁止薬：血糖降下剤 (SU 剤)

プロトコール、選択基準・除外基準を参考に Dr. でなくてもチェックできる項目を質問形式で記載。

登録用紙を参考にしてもよい。

例) すべて Yes を満たすことが条件

1. 2 週間に 1 回、3 カ月間来院できますか？ (Yes ・ No)

2. 過去に薬物過敏症を呈したことがないですか？ (Yes ・ No)

3. 妊娠中ではありませんか？また、妊娠を希望されていませんか？ (Yes ・ No)

治験に参加されても、初診料・再診料等が請求されますがよろしいでしょうか？ (Yes ・ No)

コメント

.....

診察予定日：平成 年 月 日 () 時 分

担当医師： 結果： 参加 ・ 不参加 (理由：)