**治験参加カード見本**

* 折りたたんだ状態でお財布に入るくらいの大きさにしてください。
* 一面の大きさが縦6cm×横9㎝程度（2つ折りや3つ折りタイプも可）
* 併用禁止薬・併用禁止療法の記載方法

　一般名や商品名を入れてしまうとスペースが不足する恐れがある場合は**薬効分類のみ記載**でも可能です。また期限を記載ください。

* 患者様に守って欲しいことや注意事項等の記載方法

内服の場合は、服用方法、飲み忘れた（使い忘れた）場合の対処法等の記載を記載してください。

・ラミネート加工してください。　（１年以内程度の短期の試験の場合は必須ではありません）

・その他の注意すべき症状や、出現時の対応（連絡先までご連絡下さい）を記載ください。

●治療期間中は・・・、●入院となりました際には・・・。の２点は必ず記載下さい。

表面

|  |  |
| --- | --- |
| **≪患者さんに守ってほしい事≫**  ●**1回3錠を1日3回毎食後に服用してください。**  ●飲み忘れたお薬・余ったお薬は、次回の来院の際に  　ご持参ください。  ●**患者日誌は、毎日必ずご記入し、次回の来院の際に**  **ご持参下さい。**  ●治験期間中は、使うことのできないお薬があります。  　この治験の担当医師以外の医師・歯科医師から処方されたお薬や薬局で購入したお薬などを使う時には、前もって私たちにお問い合わせください。  ●**入院となりました際**には速やかに、また他の病院等を受診した際には、私たちにお知らせください。  ●健康補助食品などを使用する場合は、お知らせください。 | **□□□治験参加カード□□□**  **『　　（プロトコール名）**  **』**  **の治験に参加されている患者さんへ**  **さん**  治験期間中に他の病院や他の診療科を受診される場合は医師に、薬局等で薬を購入する際には薬剤師に、  このカードをご提示ください。  治験参加開始日　　　　　　　年　　　月　　　日 |

裏　面

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関の先生方へのお願い**  **《併用禁止薬》　（期間を記載下さい）**  **・**抗ウイルス剤、免疫抑制剤、他の開発中の治験薬    **《併用禁止療法》（期間を記載下さい）**   * 民間療法   **《併用制限薬》（期間を記載下さい）**  **・**制酸剤（●○を含む薬剤）は、屯用的な使用（３日/週まで）のみとなっています。  **・**weakからstrongに分類されるステロイド外用剤は  　頭皮・腋窩・鼠蹊部のみ継続可能（変更・新規は不可）  現在『（プロトコール名）に対する治験』に参加し、●●●●●製剤を使用しています。  ご不明な点等がございましたら下記の連絡先までご連絡ください。  治験期間中は併用が禁止・制限されている治療があります。  右側に記載されている薬剤をご使用になる場合は、事前にご連絡をお願いします。  連絡先　　　　　旭川医科大学病院  　●▲科　（0166－●○－○●●○）  　月～金8：30～17：15～臨床研究支援センター  （0166－69－3487）  　　夜間、土日、休日救急科（0166－66－9901）・治験担当科 |  |