**様式3**（3枚複写　医師・薬剤部・医療支援課）

**外 来入 院 治験薬等処方せん**（医師控）

**治**

・3枚複写のうち、1枚目は（医師控）、2枚目は(医療支援課控)、3枚目は（薬剤部控）となっています。

・1枚目・2枚目は「白色」、3枚目は「ピンク色」。

・用紙サイズは「B5」。

　　　　　治験整理番号

（患者ＩＤ）

交付　平成 　　年　　　　月　　　　日

　　科　　　 Ｆ　　　　ＮＳ

科名もあらかじめ印刷する。

　　　　　　　　 殿　　治験担当医師名

薬品等名　　　　　　　　　　用量・用法

【治験薬】

* ○○の×××に対する第Ⅲ相試験

　　　　組　　　番

□　１０ｍｇ錠　　　錠

□　２０ｍｇ錠　　　錠

　　１日３回　毎食後　　　日分

〈投与開始時〉

□　生理食塩液　５００ｍＬ　　　本

日　　分

* 必ずプロトコール名を入れる。
* 薬剤番号がつくものは必ず入れる。
* チェックボックスなどを利用して記載事項が極力少なくなるようにする。
* 依頼者からの提供品（併用薬剤）もこの欄に入れる。

基本的には処方オーダを使用するので、端末障害時やオーダ時間外に使用する分として数部用意してください。

* ボールペンで記入して下さい。

旭川医科大学病院

**様式3**

**外 来入 院 治験薬等処方せん**（医療支援課）

**治**

薬　品

引　換

番　号

　　　　　治験整理番号

（患者ＩＤ）

交付　平成 　　年　　　　月　　　　日

科　　　 Ｆ　　　　ＮＳ

　　　　　　　　 殿　　治験担当医師名

**科名もあらかじめ印刷する。**

薬品等名　　　　　　　　　　用量・用法

【治験薬】

* ○○の×××に対する第Ⅲ相試験

　　　　組　　　番

□　１０ｍｇ錠　　　錠

□　２０ｍｇ錠　　　錠

　　１日３回　毎食後　　　日分

〈投与開始時〉

□　生理食塩液　５００ｍＬ　　　本

日　　分

* ボールペンで記入して下さい。

旭川医科大学病院

**様式3**

**外 来入 院 治験薬等処方せん**（薬剤部控）

**治**

薬　品

引　換

番　号

　　　　　治験整理番号

（患者ＩＤ）

交付　平成 　　年　　　　月　　　　日

科　　　 Ｆ　　　　ＮＳ

　　　　　　　　 殿　　治験担当医師名

**3枚目のみ印刷する。**

**科名もあらかじめ印刷する。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 薬剤師

薬品等名　　　　　　　　　　用量・用法

【治験薬】

* ○○の×××に対する第Ⅲ相試験

　　　　組　　　番

□　１０ｍｇ錠　　　錠

□　２０ｍｇ錠　　　錠

　　１日３回　毎食後　　　日分

〈投与開始時〉

□　生理食塩液　５００ｍＬ　　　本

日　　分

* ボールペンで記入して下さい。

**3枚目のみ印刷する。**

監　査　印

旭川医科大学病院