

年 月 日

病院・医院

先生 御侍史

旭川医科大学病院 ○○科

拝啓

貴院からの情報提供につきましては、患者様より文書にて同意（署名）が得られております。

敬白

【治験参加開始日】	年 月 日	
【治験薬投与開始日】	年 月 日～	年 月 日
【治験薬投与終了予定日】	年 月 日～	年 月 日

住所：〒078－8510

北海道旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

医療機関名：旭川医科大学病院 ○○科 TEL

治験責任（担当）医師：_____

臨床研究支援センター（平日 8 時 30 分～17 時 15 分）

TEL 0166-69-3487 FAX 0166-69-3499

調査連絡用紙

旭川医科大学病院 ○○科

宛

患者様氏名 様

貴院にて加療中の疾患名、投与および処方されている薬剤、その他特記事項がございましたら、本連絡用紙にご記入の上、お手数ですが郵送して頂きますようお願い申し上げます。

➤既往歴・合併症など [* EDC で必要な項目をいれて、見本のように記入しやすいように表にして下さい。](#)

<見本>

疾患名	診断日	転帰日
1	年 月 日	年 月 日・継続
2	年 月 日	年 月 日・継続
3	年 月 日	年 月 日・継続
4	年 月 日	年 月 日・継続
5	年 月 日	年 月 日・継続

➤現在、貴院にて受けておられる治療内容など

投与理由は疾患名の番号でも可能です。処方のコピーの添付でも可能です。

特記事項があれば、投与理由・その他の欄に記入をお願いいたします。

薬剤名(規格)	1日量(単位)	用法(※1日3回)	投与方法	投与開始日～投与終了日	投与理由・その他
1 ()	()		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 注射	年 月 日・不明 ～ 年 月 日・継続	
2 ()	()		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 注射	年 月 日・不明 ～ 年 月 日・継続	
3 ()	()		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 注射	年 月 日・不明 ～ 年 月 日・継続	
4 ()	()		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 注射	年 月 日・不明 ～ 年 月 日・継続	
5 ()	()		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 注射	年 月 日・不明 ～ 年 月 日・継続	

年 月 日

病院・医院

先生