

# <来院記録簿>

【治験薬名】

被験者(識別コード又はID)

(イニシャル)

注意)・投薬、検査等がない同意取得日は治験協力費の支払い対象にはなりません。  
・プロトコル以外で、有害事象の疑い等で来院した場合も記入して下さい。

	来院日	内容	(Visit No.)	備考	CRC check
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
2	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
3	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
4	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
5	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
6	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
7	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
8	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
9	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
10	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
11	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
12	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
13	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
14	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
15	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
16	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
17	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
18	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
19	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>
20	年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/>

治験協力費支払対象総回数 回

担当医確認

(署名又は捺印)