# 【表（外面）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **③　患者さんへのお願い**   1. 治験に参加している間は治験担当医師の指示に従ってください。 2. 治験で予定された来院日は必ず来院してください。どうしても予定の日に来院できない場合は、事前にご連絡ください。 3. 治験薬の使用については治験担当医師及び治験コーディネーターから指示された方法、使用時の注意点等を十分に守ってください。 4. 治験期間中は治験担当医師から指示された薬以外は使わないでください。他の薬を使いたい場合は、事前に治験担当医師にご相談ください。 5. 他の診療科や他の病院を受診又は入院した場合は、すぐに治験担当医師にご連絡ください。 6. もし、治験期間中にご自身あるいはパートナーの妊娠が分かった場合は、すぐに治験担当医師にご連絡ください。 | **➁** **先生方へのお願い**  現在、この患者さんは徳島大学病院において〇〇（対象疾患）を対象とした「〇〇〇〇試験」に参加されています。   1. 治験期間中は併用禁止又は制限されている薬剤・療法があります 2. 患者さんの治療上必要不可欠と判断された場合や、生命に係わる 緊急時などは、併用が禁止又は制限されている薬剤の使用を含め、必要な処置をお願いいたします。その場合は、本カード記載の連絡先までご連絡ください。 3. 治験薬の安全性情報収集のために、治療の詳細情報が必要になる場合があります。その際は、情報のご提供にご協力をお願いいたします。 4. 緊急時、治験責任医師に連絡が取れない場合は下記電話番号にご連絡ください。   依頼者緊急連絡先：電話〇〇〇〇〇〇 | **治験参加カード**  **①　治験参加カード**  〇〇〇〇〇〇〇試験（試験名）  氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  他の診療科や他の病院を受診する場合，薬局で薬をもらう場合は，医師・薬剤師にこのカードを提示してください。  また，治験担当医師及び治験コーディネーターにもお知らせください。  治験参加期間：20　 年 　月 　 日 ～ 20 年　　月　　日    第〇〇版　作成日：2025年●月●日 |

【裏（内面）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **⑥**　**連絡先**  ・徳島大学病院　　大診療科（小診療科）　●  ・治験責任医師：●●●●●●●●●●●●●  ・治験担当医師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  〈平日8:30～17:15〉  〇〇科医局/〇〇外来　電話〇〇〇ｰ〇〇〇-〇〇〇〇  ・治験コーディネーター：  〈平日8:30～17:15〉  総合臨床研究センター(治験事務局) 電話088-633-9294  　〈時間外受付　平日17:15 ～ 8:30及び土日祝〉  　徳島大学病院 事務局当直室 電話088-633-9211  ※お電話された際には「治験に参加しており、担当医は〇〇医師です。」とお伝えください。 | **⑤　併用禁止薬・併用禁止療法**  ・  ・  ・  ・  ・ | **④　その他の注意事項** |

【仕上がり】

　　　　　　クレジットカードサイズ（54mm×85㎜）、3つ折り（巻き）、ヨコ開き