千葉大CRB整理番号：CRB\*\*\*\*-\*\*

**試験タイトル**

症　例　報　告　書

**＜併用薬＞**

|  |  |
| --- | --- |
| ＤＣ番号 |  |
| 被験者識別コード |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 診療科名 |  |
| 報告書作成日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 報告書作成者名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 責任医師名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※署名または記名押印

作成日　　　　第●版　●●●●年　●●月 ●●日

〔記入上の注意〕

1. 記入は、黒色のボールペンで行う。
2. 訂正は、訂正前の記入内容が分かるように二重線を引き、訂正日(年月日)と訂正理由の記入と
試験責任医師又は試験分担医師の署名または記名押印を行う。

３．空欄には「記入漏れ」と区別するために、その理由（実施せず・未実施）または斜線を入れる。

**【併用薬】** □なし　　□あり（下記に詳細を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬 剤 名 | 使用期間 |
|  | **開始日**□ 同意取得前 　 　　　　年　　　月　　 日**終了日**　　　年　　　月　　 日□ 継続中 |
|  | **開始日**□ 同意取得前 　 　　　　年　　　月　　 日**終了日**　　　年　　　月　　 日□ 継続中 |
|  | **開始日**□ 同意取得前 　 　　　　年　　　月　　 日**終了日**　　　年　　　月　　 日□ 継続中 |
|  | **開始日**□ 同意取得前 　 　　　　年　　　月　　 日**終了日**　　　年　　　月　　 日□ 継続中 |
|  | **開始日**□ 同意取得前 　 　　　　年　　　月　　 日**終了日**　　　年　　　月　　 日□ 継続中 |