

治 験 薬 管 理 表 (参 考)

治験薬剤名 _____

製造番号 _____

使用期限 (必要な場合) _____ 年 _____ 月 _____ 日

治験課題名

| 年 月 日 | 被験者 イニシャル | 被験者識別コード (カルテ No.) | 受入数量 | 払出数量 | 残高数量 | 調剤者 (処方印) | 備 考 |
|-------|--------------|-----------------------|---------------|------|------|--------------|-----|
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 年 月 日 | 治験依頼者へ返却 | | 返却数量 () | 0 | | | |

治験依頼者名 _____

担当者名 _____

特定医療法人渡辺医学会 桜橋渡辺病院

担当者の連絡先 _____

被験者識別コードリスト（医師用）（参考）

| | | | |
|------------------|--------------------|---------|--|
| 医療機関名 | 特定医療法人渡辺医学会 桜橋渡辺病院 | 治験責任医師名 | |
| 治験薬名（コード名） | | 治験依頼者名 | |
| 治験課題名（治験実施計画書番号） | () | | |

| 被験者名 | スクリーニング 番号 | カルテ番号 | イニシャル | 性別 | 同意年月日 | 被験者 登録番号 | 登録不可の場合の理由、等 |
|------|---------------|-------|-------|-----|--------|-------------|--------------|
| | 1 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 2 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 3 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 4 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 5 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 6 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 7 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 8 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 9 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 10 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |

被験者のスクリーニング・登録名簿（医師・依頼者用）（参考）

| | | | |
|------------------|--------------------|---------|--|
| 医療機関名 | 特定医療法人渡辺医学会 桜橋渡辺病院 | 治験責任医師名 | |
| 治験薬名（コード名） | | 治験依頼者名 | |
| 治験課題名（治験実施計画書番号） | () | | |

| 被験者名 | スクリーニング 番号 | カルテ番号 | イニシャル | 性別 | 同意年月日 | 被験者 登録番号 | 登録不可の場合の理由、等 |
|------|---------------|-------|-------|-----|--------|-------------|--------------|
| | 1 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 2 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 3 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 4 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 5 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 6 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 7 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 8 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 9 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |
| | 10 | | ・ | 男・女 | 19 / / | | |