|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【患者さんへのお願い】**◆他の病院や診療科で診察を受ける場合は、この治験参加カードを提示してください。**◆**他の病院や診療科で処方された薬、市販薬や健康食品、サプリメントなどを使用する際は、予め治験担当医師または治験コーディネーターにご相談ください。◆治験担当医師の指示に従って、治験薬の使用方法、使用期間、回数を正確に守ってください。**◆**治験薬を使い始めて、身体に異常を感じたらすぐに治験担当医師にお知らせください。◆このカードをなくした時は担当医師まで申し出てください。山口大学医学部附属病院　第1版　（作成日：202〇年〇月〇日） | **治験参加カード** **様**※山口大学医学部附属病院で●●の治験に参加しています**【連絡先】****山口大学医学部附属病院**　○○科治験責任医師：●●　●●治験担当医師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験コーディネーター：　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔治験相談窓口：臨床研究センター〕TEL：0836-85-3030（平日8：30～17：00、土日祝を除く） | 【医療機関の先生方へのお願い】　　　　　　　　 　様は現在、●●の治験にご参加、ご協力いただいております。本治験では、次項に記載しております【**併用禁止薬・併用禁止療法**】がございます。**これらを使用される場合には、本カードの表紙に記載している治験担当医師又は治験コーディネーターまで事前にご連絡ください。**ご不明な点がございましたら、お手数ですが、事前に本カード表紙の連絡先にご連絡をお願いいたします。 |
| **【併用禁止薬・併用禁止療法Ⅰ**】**■併用禁止薬**治験期間中以下の薬剤は、局所での効果を期待して投与される薬剤を除き、使用を禁止とします。 | **【併用禁止薬・併用禁止療法Ⅱ**】**■併用禁止薬（続き）**治験期間中以下の薬剤は、局所での効果を期待して投与される外用剤を除き、使用を禁止とします。 | **【併用禁止薬・併用禁止療法Ⅲ**】**■併用禁止療法**治験期間中、以下の治療を禁止とします。なお、**併用禁止薬**に該当する有効成分を主成分として含有する一般用医薬品についても、同様に使用を禁止とします。 |