

**書式22-2(1)、(2)  
運用手順、記入方法について**  
被験者負担軽減費の銀行振込申請書

倉敷中央病院  
院長 \_\_\_\_\_ 殿

治験終了時に確認後、押印し、事務局保管とする。

CRCからあらかじめ記入の依頼がある箇所は対応をお願いします。  
(院長・責任医師・臨床研究センター長氏名、治験名、1回あたりの被験者負担軽減費など)

治験責任医師  
診療科名  
氏 名

印

臨床研究センター

印

(治験名) \_\_\_\_\_ 臨床試験に関して下記の診療を行いましたので、被験者に対し別紙(書式22-1)の金融機関への被験者負担軽減費の振込をお願い致します。

事務局で最終的に記入

振込金額	1回あたりの被験者負担軽減費 × 診察回数 ( 円) × ( 回)	総額 ¥
------	--------------------------------------	------

カルテ番号	患者氏名	診察日	振込み処理日 (原則月末)	事務局確認	
				回数	印
治験実施計画書で定めた診察		20 年 月 日	20 年 月 日		
・ 依頼者があらかじめ記入する。 ・ 実施中該当しない項目はCRCが取り消し線にて消す。		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		
		20 年 月 日	20 年 月 日		

・ 依頼者があらかじめ記入する。  
・ 実施中該当しない項目はCRCが取り消し線にて消す。

CRCが記入

事務局が記入

CRC記入と事務局処理を繰り返す

(診察回数1回＝被験者負担軽減費1回とカウントします)

## 被験者負担軽減費の銀行振込申請書

倉敷中央病院  
院長 \_\_\_\_\_ 殿

治験責任医師  
診療科名  
氏 名

臨床研究センター

治験終了時に確認後、押印し、事務局保管とする。

印  
  
印

(治験名) \_\_\_\_\_ 臨床試験に関して下記の診療を行いましたので、被験者に対し別紙(書式22-1)の金融機関への被験者負担軽減費の振込をお願い致します。

カルテ番号	患者氏名				
治験実施計画書で定めた診察		診察日	振込み処理日 (原則月末)	事務局確認	
				回数	印
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	下記(欄外)の「カウントする」にチェックがあれば、発生した場合CRCが記入する。	20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		20 年 月 日	20 年 月 日		

その他について

- \* 同意取得日に治験に係る診察、検査などの実施があれば診察回数に  
 カウントする・ カウントしない
- \* 治験実施計画書で定めた診察日以外で治験に係る来院(検査・治験薬処方など)があれば診察回数に  
 カウントする・ カウントしない
- \* 有害事象のための来院は診察回数に  
 カウントする・ カウントしない