

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

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。

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 ()	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