

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 | | | |
| <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