年　　月　　日

先生 御侍史

治験参加に関するご連絡

平素より大変お世話になっております。

貴院通院中の　　　　　　　　　　さんについてご連絡申し上げます。

この度、長崎大学病院　　　　　　　　　　科において実施中の治験に参加の同意をいただきました。

以下に治験実施に際しての『診療上の注意点』、『併用禁止薬』並びに『併用制限薬』を記載いたします。つきまして、治験期間中、当患者さんにこれらの薬剤の使用が必要と判断された際は、お手数ですがご連絡くださいますようお願いいたします。

何かお気づきの点がございましたら、下記担当医までご連絡ください。

ご協力よろしくお願いいたします。

治験予定期間　：　　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日

治験薬投与期間：　　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日

【診療上の注意点】

※なお、重篤な有害事象（入院など）が発現した場合には、至急当院までご連絡ください。

【併用禁止薬】

【併用制限薬】

連絡先：長崎大学病院　　　　　　　　科

担当医師　　　　　　　　　電話095-819-

臨床研究センター　　　　　電話095-819-7256