国 立 病 院 機 構

大阪南医療センター

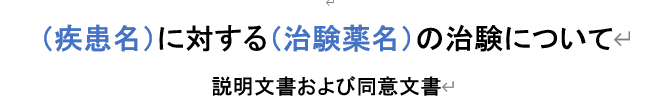
説明文書・同意文書

ひな型

テンプレート中のグレーマーカーと吹き出しでは、該当するGCP条項を参照しています。



青字にて記載箇所を示しています。当該治験内容にあわせて変更ください。



ボックス(緑)には作成ガイドを記載しています。作成ガイドは最終化前に削除ください。

|  |
| --- |
| 作成ガイド） |

下線部は当院独自に追加した部分です。

共通テンプレートを使用して依頼者版ICFを作成されている場合は、ご確認のうえ追記をお願いします。

Common ICF Template（Ver.1.1　20230314）

第9 版　2024年 8月 改定

**《説明文書及び同意文書の作成にあたって》**

「説明文書及び同意文書」の作成は以下を参考としてください。

全般的事項

* 専門用語は注釈を付ける。読み方が難しい漢字・英語には初出時等でルビを付ける。
* 読みやすくするための工夫を行う（色文字、強調、下線、行間拡大、イラスト挿入など）。
* 同一治験内で複数のパートやコホートがある場合
  + 適宜文書中で区別しやすいよう、パート/コホートごとに分けて作成することも検討する（例： 要約パートや治験スケジュール）。
* URLを記載する場合は、QRコードの使用も考慮する。
* CRCの名称は「臨床研究コーディネーター」に統一する。
* 原則として、「変更不可部分」は許容しませんが、必須の説明項目でありやむを得ない場合は、翻訳などによる文章表現の誤解や違和感が生じないよう、十分吟味した内容とすること。

本ひな型は以下の構成となっています。

構成の変更やパート内の順番の入れ替えは行わず、項目を追加する場合は各パートの後ろに記載してください。

A) 治験の要約

* 当該治験の概要を2ページ程度にまとめて記載する。

B) 治験に関する一般的な説明

* 医療機関・依頼者・試験によらない、共通の説明内容を記載している。
* 原則、本文は変更しない。
* 当該治験の内容は、記載ボックス中に「A) 治験の要約」と同じ内容を記載する。
* 個別に追加・補足が必要な場合は、「D) 追加及び詳細情報」へ記載する。

C) この治験に関する説明

* 治験実施計画書等の内容をもとに作成する。
* 治験薬の形状や包装、投与経路、来院・服用スケジュール、有害事象一覧は内容に合わせ、図・表での記載を検討する。

D) 追加及び詳細情報

* 「B) 治験に関する一般的な説明」の項目に対し、医療機関・依頼者・試験固有の情報を記載する（例： 補償制度の概要、個人情報の取扱い、大規模災害時の対応に関する追加及び詳細情報等）。
* 補償制度に関する説明
  + 説明文書と一体型又は「別紙」として補償制度の概要に関する資料を説明文書に添付する。

同意文書

* 必要に応じて複写式にする（例： 「診療録保管用」、「事務局保管用」、「患者さん用」の順序で3枚）。
* 各医療機関における運用にあわせ、複写枚数や順序、口座番号欄を変更する。
  + 口座番号の欄を設ける場合は「診療録保管用」は不要
* 必要に応じて「立会人」「代諾者」「代筆者」記載欄を設ける。

**CRC向けチェックリスト**

ICF作成にあたり、以下のことに注意し確認を行うこと。

IRB委員からの指摘が多い項目については、あらかじめ確認の上依頼者との協議を行う。

* アルファベット表記や読みづらい漢字の記載にはルビを打つ
* 頻出する専門用語または略語には、初発の記載に注釈を入れる
* 一般に聞き馴染みのない用語には注釈を用い説明を入れる（FDA、PMDA、ｊRCTなど）
* 開発の相が特殊な場合（Ⅱa相など）はその説明を「くすりが誕生するまで」の図に脚注で補足説明を入れる
* 対照薬や併用薬が国内承認の薬剤の場合は、商品名の併記（🄬を付けたうえで）が可能か確認する
* スケジュール表を見やすくするため、やむを得ず略語を使用する場合は、脚注に正式名を記載すること
* 任意の研究のうち、遺伝子（DNA）を扱う研究は行わないことを前提としているため、事前にPIと協議しておく
* 個人情報の取得範囲と使用目的を明らかにし、明記する
* プロトコールや手順書から判別不可能な被験者への依頼事項が掲載されていないか確認する
* 図や表には図表番号と表題を入れること
* 検査や評価の説明事項が、プロトコール記載のどの部分にあたるのか突合したうえで説明内容に齟齬がないよう確認する
* 将来の研究やプライマリーではない評価項目、国や地域により取り扱いが異なるものなど、特殊な対応が必要となるものは任意/必須の区別と共に、プロトコールの記載箇所の解釈についても依頼者と協議し確かめておく

**よくお読みください**

（疾患名）に対する（治験薬名）の治験について

説明文書および同意文書

治験課題名：

|  |
| --- |
| 作成ガイド）   * 適宜イラストを挿入する。 * 当該治験や対象にあわせたイラストを選択する。 * 治験課題名   + 簡略化する場合には、Web検索時に特定可能となることも考慮する。     - 臨床研究情報ポータルサイト（<https://rctportal.niph.go.jp/>）、IRB議事要旨他   + 必要時、口頭で補足する。 |

この冊子は、○○○の治験について説明したものです。

この説明文書をよく読み、治験の内容をご理解いただいた上で、この治験に参加されるかどうかを、あなた自身で決めてください。参加されるかどうかはあなたの自由な意思であり、参加を辞退されたとしても、そのために不利益をこうむることは一切ありません。この治験の参加に同意された後や治験を開始した後でも、いつでも治験の参加を取りやめることができます。

内容について、質問や心配なことがありましたら、遠慮なく、治験担当医師または臨床研究コーディネーターにおたずねください。

目次

[A. 治験の要約 3](#_Toc171599726)

[1. 治験の要約 4](#_Toc171599727)

[B. 治験に関する一般的な説明 7](#_Toc171599728)

[1. 治験（ちけん）とは 8](#_Toc171599729)

[2. 自由意思による治験の参加について 11](#_Toc171599730)

[2-1. 治験の参加と参加を取りやめる場合について 11](#_Toc171599731)

[2-2. 新たな情報のお知らせについて 11](#_Toc171599732)

[3. お問い合わせ先について 11](#_Toc171599733)

[4. 治験中の費用について 12](#_Toc171599734)

[5. 負担軽減費について 13](#_Toc171599735)

[6. この治験を審査した治験審査委員会について 13](#_Toc171599736)

[7. 個人情報の保護について 14](#_Toc171599737)

[8. 健康被害が発生した場合の補償について 15](#_Toc171599738)

[C. この治験に関する説明 16](#_Toc171599739)

[1. あなたの病気と治療について 17](#_Toc171599740)

[2. 治験薬について 17](#_Toc171599741)

[3. 治験の目的 17](#_Toc171599742)

[4. 治験の方法 17](#_Toc171599743)

[4-1. 治験の参加基準 17](#_Toc171599744)

[4-2. 治験の手順 18](#_Toc171599745)

[4-3. 治験のスケジュール 19](#_Toc171599746)

[5. 予測される利益および不利益 20](#_Toc171599747)

[5-1. 予測される効果について 20](#_Toc171599748)

[5-2. 予測される副作用または有害事象について 20](#_Toc171599749)

[5-3. 予測される不利益について 21](#_Toc171599750)

[6. この治験に参加しない場合の他の治療法について 21](#_Toc171599751)

[7. この治験を中止する場合について 21](#_Toc171599752)

[8. 治験期間中、あなたに守っていただきたいこと 21](#_Toc171599753)

[D. 追加および詳細情報 23](#_Toc171599754)

[1. （例）個人情報の取扱い 24](#_Toc171599761)

[2. （例）大規模災害時の対応 28](#_Toc171599762)

[別添資料　（例）補償制度の概要 35](#_Toc171599763)

# 治験の要約

**第1部：治験の要約**

* 当該治験の概要を1～2ページにまとめて記載してください。
* 治験固有の説明詳細は、第3部「C. 治験固有の項目」で記載してください。

（本注釈ボックスは最終化前に削除ください）

## 治験の要約

この治験についての要約です。詳細は、本文の該当箇所をご覧ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験の概要 | |
| 対象となる病気//症状  （C-1項 p.17） | ［疾患//症状］ |
| 目的  （C-3項 p.17） | ［疾患//症状］の治療における［治験薬名//番号］（日本では開発中）の効果や安全性を調べること  （第●相試験） |
| 治験薬の剤形、 投与（使用）方法、用法  （C-4項 p.17） | ［治験薬の剤形］（［用法］） |
| 参加予定期間と流れ  （C-4項 p.17） | * 治験の開始から終了まで●●日間 * 図表を用いて時系列がわかるよう説明してもよい   **GCP第51条1-7）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（7）**  　被験者の治験への参加予定期間  **GCP第51条1-16）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（13）**  治験に参加する予定の被験者数   * 約XX週　、来院：約X回 |
| 参加予定人数 | 約●●人 |
| 治験依頼者 | この治験を当院に依頼している企業 　XXXX会社 |
| 治験中の費用  ＜治験依頼者の負担範囲：あなたの負担はありません＞  （B-4項 p.12） | 対象期間中の当院における以下の費用  対象期間：  治験薬内服/投与開始日～最終内服//投与日または中止決定日   * 全ての検査費用 * 全ての画像診断費用 * 治験薬と同じ効果のお薬を使用した場合、その費用（該当する場合のみ） * その他、治験薬を使用している期間以外で治験のために実施した検査代を補填するため、必要に応じて以下の費用（該当する場合のみ） |
| 治験中の費用  ＜保険診療での負担範囲：  一部があなたの負担となります＞  （B-4項 p.12） | * 初診料・再診料 * ［疾患//症状］以外の治療の費用   **GCP第51条1-16）ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（16）**  　被験者が費用負担をする必要がある場合にはその内容 |
| 治験中の費用  〈公費申請にかかる費用〉  （B-4項　p．12） | 特定医療費の申請額の変動について  医療費の総額が5万円を超える月が年間6回以上ある場合は「高額かつ長期」と認定されます。治験に参加した場合、依頼者が上記①の費用を支払うことになるので治験終了後の申請で「一般」の認定となり、自己負担上限額が上がる可能性があります。 |
| 負担軽減費  ＜参加に伴うあなたへのお支払い＞  （B-5項 p.13） | 治験のための来院ごと、あるいは治験のための入退院1回につきX,XXX円  他にも特殊検査費用の上乗せなどがある場合は記載する  対象期間： 例） 治験参加同意日から観察期間終了まで  支払い方法：月ごとにまとめて、あなたの指定する金融機関の口座に振り込まれます。 |
| 治験審査委員会  （B-6項 p.13） | 名称：独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター  受託研究（治験等）審査委員会  種類：実施医療機関設置の治験審査委員会  設置者：独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター院長  所在地：大阪府河内長野市木戸東町２－１  **GCP第51条1-15) ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ ３, ４**  　治験審査委員会に関する事項  治験審査委員会の手順書、委員名簿、会議記録の概要などについては「大阪南医療センター治験管理室ホームページ  QR コード  自動的に生成された説明(https://osakaminami.hosp.go.jp/topics/002/004/003/004/index.html)  」に掲載しています。 |
| お問い合わせ先  （B-3項 p.11） | 治験責任医師  診療科：  氏名：  相談窓口  臨床研究コーディネーター：治験管理室  平日8時30分～17時15分  連絡先： 0721－53－5761（代表）  夜間・休日  連絡先： 0721－53－5764（当直窓口） |

**GCP第51条1-12)　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-11)**

　被験者が治験及び被験者の権利に関してさらに情報の入手を希望する場合又は治験に関連する健康被害が生じた場合に照会すべき又は連絡をとるべき実施医療機関の相談窓口

|  |
| --- |
| **作成ガイド　A) ：**  全般：  ＊同一試験内で複数のパートやコホートが存在する場合、それぞれに分けて要約を作成してもよい。  負担軽減費：  ＊各医療機関での規定及び運用に従い、期間や費用、支払い時期を記載する。  お問い合わせ先：  ＊治験責任医師の欄には、診療科・氏名を記載すること（診療科はGCP上記載が必須ではないが、患者さんからの問い合わせを考慮し、ひな型では記載することとしている）。  ＊医療機関ごとに適宜追記/修正する（GCPに従い、治験責任医師ならびに相談窓口は記載が必須）。  その他：  ＊jRCTや情報公開websiteが参照可能な状態であれば、URLやQRコードを追加する。 |

# 治験に関する一般的な説明

**第2部：全治験共通の項目**

* 第2部は、医療機関・治験依頼者・試験によらない、共通の説明パートのため、原則変更しないでください。
* 個別に追加・補足が必要な場合は、第4部（D. 追加及び詳細情報）へ記載してください。

（本注釈ボックスは最終化前に削除ください）

## 治験（ちけん）とは

私たちは、ケガをしたときや病気になったときにお薬を服用するなどの治療を受けています。この「くすり」が世の中に出るためには、最初に「くすりの候補」となる化合物の性質を調べ、動物でどのような作用があるかなどを調べます。そして最終的には、健康な人や患者さんの協力を得て、人の病気の治療に役立つかどうかを確かめる必要があります。

このように、健康な人や患者さんに「くすりの候補」を実際に使っていただいて、人での効果（有効性）や副作用（安全性）について調べ、国（厚生労働省）から「くすり」として承認を受けるために行う臨床試験のことを「治験」といい、治験で使われる「くすりの候補」を「治験薬」といいます。治験は通常の医療とは異なり、研究的な側面があるため、細心の注意を払いながら進めます。そのため、来院回数や検査が増える可能性があります。

また、治験への参加は、参加する方の自由意思に基づいて、人権と安全が最大限に守られなければなりません。そのため、治験は厚生労働省が定めた基準（医薬品の臨床試験の実施の基準［GCP：Good Clinical Practice］）に従って行われます。この基準に従って、治験審査委員会（「6. この治験を審査した治験審査委員会について」で説明します）で審査を行い、この治験の当院での実施が承認されています。

**GCP第51条1-1）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（1）**

治験が研究を伴うこと

**GCP第51条1-4）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（4）**

　治験の方法（治験の試験的側面）

**治験のルールについて**

グラフィカル ユーザー インターフェイス が含まれている画像

自動的に生成された説明治験参加者の人権や安全、プライバシーを守るため、「医薬品医療機器等法」「GCP」などのルールに沿って、厳しいチェックの中で進められます。

出典：日本医師会治験促進センター（現　日本医師会）

**治験のながれについて**

「くすりの候補」は、動物での有効性や安全性を確認してから「治験」に進みます。治験は、通常３つの段階があり、各段階で有効性や安全性を確認しながら進めます。

そして治験で得られた結果は、厚生労働省から「くすり」として承認を受ける際に提出する資料となります。

**※今回の治験は第●相試験です。**



※抗がん剤の場合など、第1相試験で患者さんを対象にすることもあります。

出典：日本医師会治験促進センター（現　日本医師会）

## 自由意思による治験の参加について

### 治験の参加と参加を取りやめる場合について

この治験への参加に対して同意するかどうかは、あなたの自由な意思でお決めください。ご家族などに相談していただいてもかまいません。

そして、この治験の内容をよく理解していただき、十分に検討してから治験への参加をお決めください。治験に参加していただけるようでしたら、同意文書にご署名の上、この説明文書と同意文書は大切に保管してください。

治験の参加に同意した後でも、理由に関係なく、いつでも参加を取りやめ、中止することができますので、治験担当医師や臨床研究コーディネーターにご相談ください。治験の参加に同意しない、または治験参加中に中止した場合でも、一切不利益を被ることなく、あなたの病状に合った治療を受けることができます。

ただし、あなたが治験の途中で参加を取りやめることになった場合でも、中止するまでのデータはお申し出がない限り使用させていただきますので、ご了承ください。なお、お申し出いただいた時点で、すでに同意を撤回する前のデータが解析されていたり、治験の結果が公表されたりしている場合は、得られた結果については削除することができないことがあります。

**GCP第51条1-8）、9）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（8）**

　・治験への参加は被験者の自由意思によるもの

　・治験への参加を随時拒否又は撤回することができる

　・拒否、撤回によって被験者が不利な扱いを受けないこと

　・治験に参加しない場合に受けるべき利益を失うことがないこと

**GCP第51条1-16）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（14）**

　治験への参加の継続について被験者又はその代諾者の意思に影響を与える可能性のある情報が得られた場合には速やかに被験者又はその代諾者に伝えること

### 新たな情報のお知らせについて

治験の参加期間中に、この治験薬について新しい重要な情報が得られた場合は、速やかにお知らせします。継続して治験に参加されるかどうか、その都度あなたのご意思を確認させていただきます。

## お問い合わせ先について

この治験について、分からないことや、さらに聞きたいこと、また何か心配なことがありましたら、どんな些細なことでもご遠慮なく治験担当医師または臨床研究コーディネーターにおたずねください。

|  |  |
| --- | --- |
| 問い合わせ先 | 治験責任医師  診療科：  氏名：  相談窓口  臨床研究コーディネーター：治験管理室  平日8時30分～17時15分  連絡先： 0721－53－5761（代表）  夜間・休日  連絡先： 0721－53－5764（当直窓口）  作成ガイド）  ＊責任医師の欄には、診療科・氏名を記載すること（診療科はGCP上記載が必須ではないが、患者さんからの問い合わせを考慮し、ひな型では記載することとしている）。  ＊医療機関ごとに適宜追記/修正する（GCPに従い、治験責任医師ならびに相談窓口は必須）。 |

## 治験中の費用について

この治験で使用する治験薬の費用はかかりません。ただし、初診料や再診料、入院費、あるいはこの治験の対象疾患の治療以外の薬の費用などは、通常の診療分をあなたが加入している健康保険で負担していただくことになります。そのため、この治験薬を使用している間は、診療費の負担が一部少なくなることがあります。

特定医療費（指定難病）受給者証の認定を受けておられる方は、治験に参加することで医療費の自己負担額上限等が変わる可能性があります。詳しくお知りになりたい方は、治験担当医師または臨床研究コーディネーターにご相談ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験中の費用①  ＜治験依頼者の負担範囲＞  あなたの負担はありません | 対象期間中の当院における以下の費用  対象期間： 治験薬内服/投与開始日～最終内服//投与日または中止決定日   * 全ての検査費用 * 全ての画像診断費用 * 治験薬と同じ効果のお薬を使用した場合、その費用（該当する場合のみ） * その他、治験薬を使用している期間以外で治験のために実施した検査代を補填するため、必要に応じて以下の費用（該当する場合のみ） |
| 治験中の費用②  ＜保険診療での負担範囲＞  一部があなたの負担となります | 通常の診療費用（治験に参加しなくても支払う費用）   * 初診料・再診料、入院費 * ［疾患/症状］以外の治療の費用 |
| 治験中の費用③ ＜公費申請に係る費用＞ | 特定医療費の申請額の変動について  医療費の総額が5万円を超える月が年間6回以上ある場合は「高額かつ長期」と認定されます。治験に参加した場合、依頼者が上記①の費用を支払うことになるので治験終了後の申請で「一般」の認定となり、自己負担上限額が上がる可能性があります。 |

## 負担軽減費について

治験に参加していただくと、治験のスケジュールどおりに来院していただくために通常の診療よりも来院の回数が多くなることがあります。そのため、治験参加に伴う交通費などの負担を軽減する目的でお支払いいたします。

これらの費用は、「負担軽減費」といわれており、受け取る、受け取らないはあなたの自由な意思で決定することができます。

この治験における負担軽減費は以下のとおりです。

＊年間20万円以上になる場合は雑所得となり確定申告の対象となることを記載する。

この治験における負担軽減費は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 負担軽減費  ＜参加に伴うあなたへのお支払い＞ | 治験のための来院ごと、あるいは治験のための入退院1回につきX,XXX円（同意のみの来院では支払い不可）  ＊上乗せや追跡調査（治験薬投与期間外）にかかわる費用がある場合は記載する  例）治験薬の投与を何らかの理由で取りやめたが、追跡のために検査が必要となった場合、妊娠検査費用（尿中β-hCG検査のみ）1回2,000円を負担軽減費に上乗せしてお支払いします。  支払い方法：  実施医療機関から、月ごとにまとめて、あなたの指定する金融機関の口座に、翌月に振り込まれます。  　作成ガイド）  ＊各医療機関での規定及び運用に従い、期間や費用、支払い時期を記載する |

## この治験を審査した治験審査委員会について

治験のルールについて（P.10）に記載の通り、治験を実施する医療機関の長（病院長）は治験審査委員会の意見を聴くことが求められています。この治験は以下記載の通りの治験審査委員会で審査を受け、承認されています。治験審査委員会に関してお問い合わせがある場合には治験担当医師または臨床研究コーディネーターへお申し出ください。

この治験については、以下の治験審査委員会により審査を受け、承認されています。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験審査委員会 | 名称：独立行政法人国立病院機構　大阪南医療センター  　　　受託研究（治験等）審査委員会  種類： 治験審査委員会  設置者：独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター　院長  所在地：大阪府河内長野市木戸東町２－１  治験審査委員会の手順書、委員名簿、会議記録の概要などについては  「大阪南医療センター治験管理室ホームページ  （https:// osakaminami.hosp.go.jp/topics/002/004/003/004/index.html/）」  QR コード  自動的に生成された説明に掲載しています。 |

**GCP第51条1-10）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（9）**

　モニター、監査担当者、治験審査委員会等及び規制当局が医療に係る原資料を閲覧できること。その際、被験者の秘密は保全されること。

**GCP第51条1-11）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（10）**

　治験の結果が公表される場合であっても、

被験者の秘密は保全されること。

## 個人情報の保護について

治験が適切に行われているか、記録されているデータが正確であるかを調べるために、治験の関係者（閲覧の資格を持った治験依頼者の担当者）、厚生労働省などの国内規制当局および海外の規制当局（アメリカ食品医薬品局（FDA）、欧州医薬品庁（EMA）など）とその関連機関、ならびにこの治験の審査を行う治験審査委員会が、あなたのカルテや臨床検査の記録などを閲覧する場合があります。しかし、これらの関係者には個人情報に関わる法律、規制、ガイドライン等を守る義務が課せられていますので、あなたのお名前や住所などプライバシーに関わることが、他人に漏れることは決してありません。

また、治験に参加される前の検査結果の一部やこの治験で収集したデータ（画像、音声または動画などを含む）は、治験依頼者に報告されます。これらのあなたから得られたデータは、医薬品（医療機器）としての許可を得るための資料として厚生労働省など国内外の規制当局へ提出されます。また、治験の結果が学会や医学雑誌などに公表される場合もあります。その場合も同様にあなたのお名前や住所などの情報は分からないようにいたします。具体的には、あなたのお名前を使わず、符号や数字など識別コードに置き換えて（コード化）管理されます。

治験により得られたデータおよびこの治験のためにあなたから提供された血液や尿などの検体が、他の目的で使用されることはありません。検査を終えた検体などは、治験終了後または保管期間が終了した後に、個人情報を保護した状態で速やかに廃棄いたします。

あなたが治験参加の同意文書に署名されることによって、これらについてご了承していただいたことになります。

**GCP第51条1-10）ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（9）**

　同意文書に署名することによって閲覧を認めたことになること。

＊別途詳細な個人情報保護に関する通知をする場合はD-1「プライバシーについてに記載すること。またその旨を記載すること（例：D-1項「プライバシーについて」では、個人情報や検体の取り扱い方法およびあなたのプライバシーに関する権利について詳しく説明しています。）

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊ 本文は一般的記載事項として変更せず、追加事項がある場合にはD) 追加及び詳細情報パートへ記載する。  　例） 治験薬の直接配送や在宅医療の導入に伴い、治験依頼者が契約した業者への情報共有  【治験時における越境移転に関する記載】  （参照： <http://www.fpmaj.gr.jp/PIP-Center/documents/guide.pdf>）  ＜移転先を特定できない場合＞  この治験で得られたあなたのデータは、今後、治験を実施している製薬企業から医薬品の承認審査を行う日本および世界各国の規制当局、提携会社、委託先、学術研究機関、学会または研究者に移転または提供される可能性があります。  どの国の規制当局、提携会社、委託先、学術研究機関、学会または研究者に移転または提供されるかは、この治験で得られた結果や、今後の研究開発の結果によって変わるため、あなたへの説明及び同意取得を行う今の時点では、あなたのデータを移転する国をお伝えすることはできません。また、治験終了後時間がたってから、あなたのデータの移転・提出先が決まることもあるため、現時点で前もって同意をいただく必要があります。あなたのデータは日本よりも個人情報やプライバシー等に関する法律や規制が十分でない国に移転・提供される可能性もあります。ただし、あなたのデータはコード化されて取り扱われるため、規制当局を除き、これらの移転・提供先が、原則として、あなたの氏名や住所といった連絡先を知ることはありません。規制当局は治験データの信頼性確認のため、あなたの診療録や同意文書を確認することがあります。  ＜移転先を特定できる場合＞   * 当該外国における個人情報の保護に関する制度 * 当該第三者が講ずる個人情報の保護のための措置 * その他当該本人に参考となるべき情報   **GCP第51条1-13）、14）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（12）**  　治験に関連する健康被害が発生した場合に被験者が受けることのできる補償及び治療 |

## 健康被害が発生した場合の補償について

この治験はこれまでの結果に基づき科学的に計画され慎重に行われますが、万一、この治験に関連してあなたに重大な副作用が起きたり、健康が損なわれたりした場合には、治験担当医師が最善を尽くして適切な治療にあたります。また、健康被害の内容や程度に応じて、治験依頼者の補償を受けることができます。ただし、その健康被害がこの治験と全く関係がない場合、または治験担当医師の指示を守っていただけなかった場合などあなたの故意または重大な過失によって生じた場合は、補償の対象とならない場合があります。

この補償制度は、あなたの損害賠償請求権を妨げるものではありません。

補償に関しご質問などがありましたら、治験担当医師または臨床研究コーディネーターにお尋ねください。

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊ 本文中は一般的記載事項として変更せず、追加事項がある場合にはD) 追加及び詳細情報パートへ記載する。  ＊ 詳細な補償制度の資料については、D) 追加及び詳細情報パートへ組み込む。  ＊上記について、記載箇所と項目名の案内を加える（詳細については、「●●…」をご確認ください。等） |

# この治験に関する説明

**第3部：　治験固有の項目**

* 当該治験についてのパートです。

（本注釈ボックスは最終化前に削除ください）

## あなたの病気と治療について

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊簡潔な文章で対象となる病気（症状）について記載する。  ＊標準治療について簡潔に記載する。  ＊標準治療がない場合、広く使用されている一般的な治療や方法を記載する  　（詳細については、「6．この治験に参加しない場合の他の治療法について」で記載する）。 |

## 治験薬について

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊病気からのつながりをもたせ、すでに市販されている薬との違いや特徴などについて説明する。「予測される効果及び不利益」と内容があまり重複しないように注意する。  ＊本邦、海外での市販もしくは治験状況があれば明記する。  ＊図などを用いて作用機序を簡単に説明する。  ＊対照薬や併用薬がある場合も同様に説明する。  ＊治験機器・治験製品はその使用方法に準じて記載する。 |

## 治験の目的

**GCP第51条1-2）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（2）**

治験の目的

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊なぜ今回の治験が必要なのか、治験で何を明らかにしたいのかを簡潔に記載する。  ＊一般的な標準治療と治験とで何を比較するのか（何が違うのか）簡潔に記載する。 |

## 治験の方法

**GCP第51条1-4）ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（4）**

　治験の方法（被験者の選択基準）

### 治験の参加基準

この説明文書内の同意文書への署名後に、治験の最初の手順として、スクリーニングを受けていただきます。スクリーニングでは、様々な検査の結果と、病歴などから治験参加の条件を満たしているかどうかを確認します。この同意文書に署名する前に治療の一環として得られた評価や結果（レントゲン検査または臨床検査結果など）を、治験依頼者または治験依頼者が契約した業者に提供し、治験参加の条件を満たすかどうかを評価するために使用することがあります。

治験参加の条件を満たしていない場合、この治験に参加いただくことはできません。治験担当医師はその理由を説明し、別の治療法をあなたと一緒に考えます。

この治験に参加していただくためには、いくつかの基準があります。あなたがこの治験への参加に適しているかどうかは治験担当医師が判断します。

≪治験に参加いただける基準≫

≪治験に参加いただけない基準≫

その他、いくつかの基準がありますが、診察や検査の結果から、治験担当医師が判断しますので、詳しくは治験担当医師にお尋ねください。

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊プロトコール通りの記載ではなく、参加者が判断できる内容を主に記載する  ＊選択基準、除外基準を項目別に記載する。  ＊全てを記載する必要はないが、特に参加者に聴取確認が必要な内容、本試験に特有な基準や参加者に負担のかかる検査などを含む基準は記載する。  ＊可能な限り分かりやすい表現とする。 |

### 治験の手順

**GCP第51条1-4）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（4）**

　治験の方法（無作為割付が行われる場合には、各処置に割り付けられる確率）

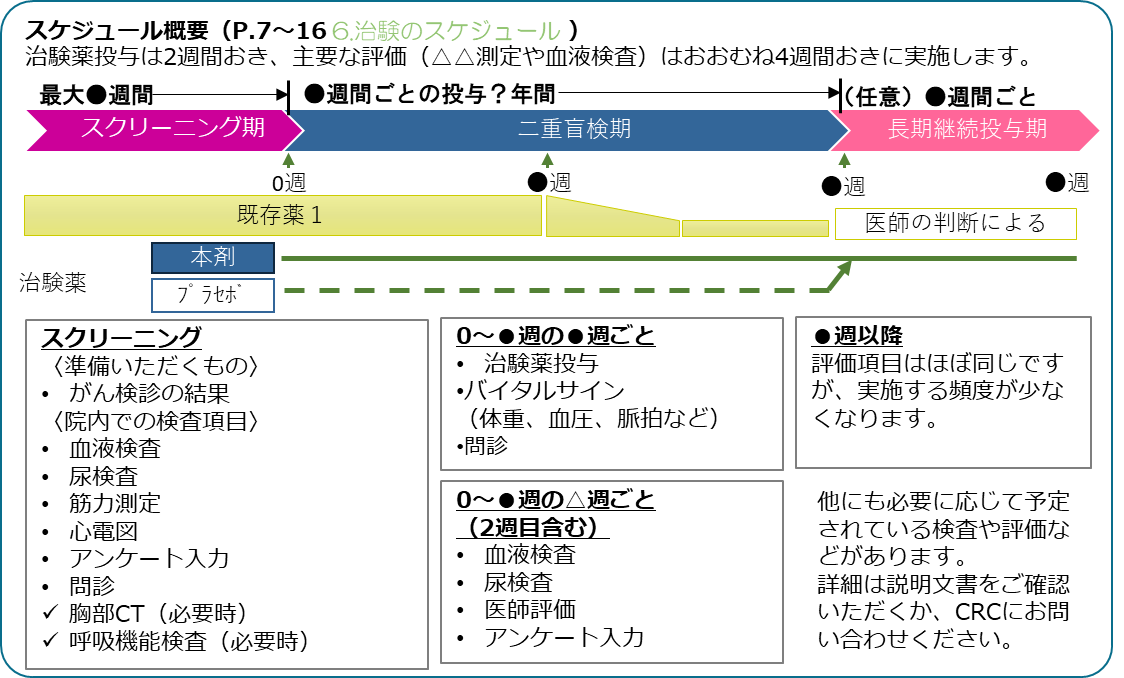
|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊治験デザインを含める。  ＊投与群、割付、割り付けられる確率についての説明は、図表等により分かりやすくする。  ＊同一治験内に複数のパートやコホートを含む場合には、参加者にとっていずれに該当するか明確になるように記載する。  ＊プラセボの説明（該当する場合）  　例）プラセボとは、見た目は治験薬と同じですが、有効成分が含まれていないものをいいます。  ＊対象薬の説明（該当する場合）  ＊ランダム化（無作為化）の説明（該当する場合）と、その確率や、選択できないことについても記載する。  　例）あなたがどちらのグループになるかは、患者さんご自身や治験担当医師が選ぶことはできません。「無作為化（ランダム化）」という方法により、●分の●の確率でいずれか（どちらか）のグループに決定されます。「無作為化（ランダム化）」とは、有効性や安全性などを公平に比較するために有効な方法として治験では広く用いられています。  ＊ランダム化・二重盲検の説明（該当する場合）  　例）あなたがどちらのグループになるかは、患者さんご自身や治験担当医師が選ぶことはできません。「無作為化（ランダム化）」という方法により、●分の●の確率でいずれか（どちらか）のグループに決定されます。また、治験薬の効果等を正確に評価するために、いずれ（どちら）のグループに入っているのか、治験担当医師にも患者さんにも分からないようになっています。使用していただくお薬の種類が分かると、治験担当医師あるいは患者さんの先入観が働き、思い込みが入るため正確なお薬の評価ができなくなるからです。このような方法は専門的には、「二重盲検比較試験」といわれ、医薬品の治験では広く用いられています。ただし、緊急時で治験担当医師が投与群を知る必要が生じた場合は、ただちにどの群になるか分かるようになっています。  **治験薬の使用（服用）方法**  ＊剤型や投与経路、投与量、投与間隔について図表などを用いて分かりやすく記載する（「治験薬について」に記載している場合、重複する内容は記載しなくてもよい。  ＊試験デザインに応じて、割付の話と一緒に記載する方が分かりやすい場合は、まとめて記載してもよい。  ＊服用忘れの際の対応や、服薬日誌等の記載（該当の場合）、治験薬の管理方法を記載する。 |

### 治験のスケジュール

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊スケジュールは表や図および文章などで分かりやすく説明する。  例）・治験のための来院は〇日ごとです ・血液検査は月に1回です  ＊専門用語や区別のつきにくい評価名などが記載されたプロトコールのスケジュール表をそのまま添付しないこと  ＊一般的でない検査の場合は、イメージがわくような説明とする。  ＊採血がある場合は、１回の採血量を明記する（頻回のPK採血がある場合は、別スケジュール表を作るなど分かりやすくする）。  ＊侵襲を伴う検査の場合の予想される危険性は、「5-3．予測される不利益について」へ記載する。  ＊必須項目と任意項目が区別できるように記載する（例： 必須◎　任意〇）。  　　日本においては、「X」の使用は可能な限り避けること。  ＊任意の追加研究などについては、別項目として分けて記載することも検討する。 |

図表や文章の例

| **来院時の手順** | **スクリーニング** | **1日目** | **4週目** | **8週目** | **12週目** | **16週目** | **20週目** | **24週目** | **28週目** | **32週目** | **36週目** | **40週目** | **44週目** | **48週目** | **52週目** | **早期 中止** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **予定日** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Graphical user interface, diagram, application, Teams  Description automatically generated  採血 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Graphical user interface, application  Description automatically generated  心電図 | ● |  |  |  |  |  |  | ● |  |  |  |  |  |  | ● | ● |
| Blood pressure cuff on white background  バイタルサイン | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 点滴のイラスト | かわいいフリー素材集 いらすとや  治験薬 投与 |  | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |  |  |
| *Cartoon checklist and pencil*  症状に関する質問と評価 |  | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |



判断による

医師の判断による

一定

## 予測される利益および不利益

**GCP第51条1-5）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（5）**

　予期される臨床上の利益及び危険性又は不便（被験者にとって予期される利益がない場合には、被験者へその旨を知らせること）

### 予測される効果について

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊提示可能な前相の試験結果がある場合は、国内・国外の区別、投与症例を明記し、具体的に記載する。  ＊臨床上の利益に関しては、各投与群（プラセボ群含む）における客観性に基づく記載にする。 |

**GCP第51条1--5）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ 1-（5）**

　予期される臨床上の危険性又は不便

### 予測される副作用または有害事象について

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊副作用と有害事象の違いが分かるような文章を記載する。  　例）これまでに分かっている副作用または有害事象は以下のとおりです。  　　　有害事象とは、あらゆる意図しない、または好ましくない症状・病気・検査値の異常等のことで、薬の使用や治験の手順が原因であるものも、そうでないものも含みます。  　　　副作用は、有害事象のうち治験薬との因果関係が確認されたものをいいます。  ＊表形式で記載する（事象名、頻度、など）。  ＊グローバル試験等や前相が複雑なデザインの試験だった場合など、表形式にしても分かりづらくなるため、最初にそれらの概要（要約）のような記載があるとよい。  ＊重篤な副作用は頻度が少なくても全て記載する。  ＊難しい医療用語には注釈を付ける。 |

### 予測される不利益について

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  副作用以外のことで、治験に参加することによって生じる不利益について記載する。  例）  治療や併用薬に一部制限がある場合があります。  来院回数や検査の回数が増える場合があります。  ＊PKなどで、院内待機時間が長い場合（4時間後PKなど）は記載する。  ＊治験の規定により測定不可の検査がある場合は記載する。 |

## この治験に参加しない場合の他の治療法について

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊他の治療法の有無及びその治療法に関しては、治療薬名・治療方法をあげるだけでなく、期待される効果と予想される副作用も記載する。  **GCP第51条1-6）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（6）**  　患者を被験者にする場合には、当該患者に対する他の治療方法の有無及びその治療法に関して予測される重要な利益及び危険性 |

## この治験を中止する場合について

**GCP第51条1-16）　ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（15）**

　治験への参加を中止させる場合の条件又は理由

あなたに治験参加の同意をいただいた後でも、次のような場合には、治験に参加いただけなかったり、治験を中止したりすることがありますので、ご了承ください。

1. あなたから中止の申し出があった場合
2. あなたの状態が治験に参加するための基準を満たしていないことが分かった場合
3. 治験担当医師があなたの状態により、この治験を続けることが難しいと判断した場合
4. 治験依頼者等がこの治験を続けることが難しいと判断した場合
5. その他、治験担当医師が治験の中止を必要と判断した場合

治験薬を使用した後に治験の参加を中止する場合には、あなたの健康状態を確認するための検査を受けていただくことがありますので、ご承知おきください。

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊治験参加に同意をいただいた後でも、治験を中止する場合があることを記載する。  ＊治験参加者が理解できる範囲で中止基準を記載する。 |

**GCP第51条1-17）ｶﾞｲﾀﾞﾝｽ1-（18）**

　被験者が守るべき事項

## 治験期間中、あなたに守っていただきたいこと

あなたの安全を確保するため、また治験薬の有効性や安全性を正しく評価するために治験に参加していただいている間は、次のことを必ずお守りください。

1. 治験担当医師の指示どおり、診察・検査・治療を受けてください。受診予定日に来院できない場合は、必ずご連絡ください。
2. いつもと体調が違うと感じられた場合は、いつでもご連絡ください。
3. 現在、他の医師の診察や他の医療機関を受診されている場合や、現在使用しているお薬（他の病院から処方されているものを含む）・健康食品・サプリメントなどがある場合は、事前にお伝えください。
4. 治験に参加されている間、他の医師の診察や他の医療機関を受診される場合、また薬局でお薬を購入される場合は、あらかじめ治験担当医師にご相談ください。緊急の場合などであらかじめ相談できないときは、「治験参加カード」を提示して、治験に参加していることを必ずお伝えください。その後、当院にお知らせください。
5. 残った治験薬や服用し忘れた治験薬、また空になった容器などは次回来院時に必ずご返却ください。
6. 服用の際などに落とした治験薬は、捨てずに（未使用の治験薬とは区別して）次回来院時にご持参ください。
7. 治験薬は胎児への安全性が確認されていませんので、治験参加中は男女問わず適切な避妊が必要となります。治験参加中に、あなたもしくはあなたのパートナーが妊娠された場合は、すぐにご連絡ください。その後の妊娠経過などの情報を提供していただくことがあります。
8. 住所や電話番号など連絡先が変更になる場合は、必ずお知らせください。
9. この治験に関する情報は、治験依頼者の機密情報となりますので、SNSなどに掲載するのはご遠慮ください（治験薬の写真掲載なども含みます）。

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  ＊一般的事項と昨今の状況をふまえ記載しているが、治験ごとに適宜追記変更する。  ＊過度に**生活習慣を束縛する表現**は避けること。  ＊他の箇所への記載があり、内容が重複する場合は、適宜本項から削除可能である。  ＊一般的な制限事項以外にこの試験特有の制限事項がある場合、その理由（血中濃度への影響や有害事象発生の恐れなど）を可能な範囲で記載すること |

# 追加および詳細情報

**第4部：別添**

* 「B) 治験に関する一般的説明」の項目に対し、医療機関・依頼者・試験固有の記載するべき情報があればこちらに記載してください。
  + 個人情報の取扱い　詳細
  + 大規模災害時の対応　など

【同意書以降に追加する説明補助資料】

* + 補償制度について 詳細　  
    補償制度の概要については、同意する内容ではないので同意書よりも後ろに添付してください
  + 費用負担に関する説明  
    特定疾患の公費申請制度、高額療養費制度、生活保護受給者の方へなど必要時追加してください。

（本注釈ボックスは最終化前に削除ください）

## （例）個人情報の取扱い

|  |
| --- |
| 作成ガイド）   * 「B) -7 個人情報の保護について」に対する追加事項がある場合に記載する。   例) 治験薬の直接配送や在宅医療の導入に伴い、治験依頼者が契約した業者への情報共有 |

**同意文書**

**「事務局保管用」「患者さん用」併せて3枚複写とする**

診療録保管用

治験課題名：

私は治験担当医師から上記治験の内容について、説明文書に基づき十分な説明を受けました。その説明および説明文書の内容をよく理解した上で、この治験に参加することを私の自由意思によって同意いたします。その証として以下に署名し、本説明文書と同意文書の写しを受け取ります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A. | 要約  （参加予定期間と流れ、参加予定人数、治験依頼者含む） | C. | 1. あなたの病気と治療について  2. 治験薬について  **同意書中の各項目欄は、必須とはしない**  3. 治験の目的  4. 治験の方法  5. 予測される利益および不利益  6. この治験に参加しない場合の他の治療法について  7. この治験を中止する場合について  8. 治験期間中、あなたに守っていただきたいこと |
| B. | 1. 治験（ちけん）とは  2. 自由意思による治験の参加について  3. お問い合わせ先について  4. 治験中の費用について  5. 負担軽減費について  6. この治験を審査した治験審査委員会について  7. 個人情報の保護について  8. 健康被害が発生した場合の補償について |
| D. | 1. 補償制度の概要  2. 個人情報の取扱い  3. |

|  |
| --- |
| **負担軽減費について**（どちらかにチェック ☑）**：**　　　□ 受け取る　　　　□ 受け取らない |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご本人 |  | 同意日：  　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名： | |
| 代諾者  （該当する場合） |  | 同意日：  　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名： | 続柄：  （　　　　　　） |
| 代筆者  （該当する場合） |  | 代筆日：  　20　 　 年　 　 月 　　 日 |  | 署名： | 続柄：  （　　　　　　） |
| 立会人  （該当する場合） |  | 立会日：  　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名： | |
| 医師 |  | 同意確認日：  　20　 　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名： | |
| 補助説明者 |  | 同意確認日：  　20　　 年 　　 月 　　 日 |  | 署名： | |

|  |
| --- |
| 作成ガイド）   * 「代諾者」「代筆者」「立会人」欄については、適宜変更する。 * 時刻欄については、必要に応じて追加を検討する。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 | 支　店 | 店 | | | | | | |
| 預金種別 | 普　通　　・　　当　座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ | | | | | | | | |
| **振込口座は事務局控えと患者控えの2枚に複写できるように作成。**  **1枚に収まらない場合は、以下の通り別紙作成する。** | | | | | | | | |
| **※口座名義人が患者さん本人でない場合は、以下ご記入ください。** | | | | | | | | | |
| 理由：  ご署名：　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　） | | | | | | | | | |

**治験参加に伴う負担軽減費の振込先について**

**振込口座を同意文書内に記載しない場合、必要に応じて使用（原本のみの作成）。**

**ICFの巻末に綴じ込み、切り離せるように製本する。**

治験課題名；

あなたは治験参加の同意文書で、負担軽減費の受け取りを希望されましたので、振込先のご指定をお願いいたします。

記載内容に誤りがありますと、振込ができませんので、正確にご記入ください。

また、確認のために、通帳表紙やキャッシュカードのコピーなどをご提出いただく場合や、臨床研究コーディネーターが番号を確認させていただくことがあります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 | 支　店 | 店 | | | | | | |
| 預金種別 | 普　通　　・　　当　座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **※口座名義人が患者さん本人でない場合は、以下ご記入ください。** | | | | | | | | | |
| 理由：  ご署名：　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　） | | | | | | | | | |

## （例）大規模災害時の対応

|  |
| --- |
| 作成ガイド）   * 「B) 治験に関する一般的説明」の項目に対し、依頼者及び医療機関固有の事項を記載する（該当する場合） |

**当院のマニュアルを入れ込む**

**災害発生時マニュアル（被験者様用）**

**～治験に参加してくださっている皆様へ～**



**目次**

**1. 災害用伝言ダイヤルの使い方**

**2. 持ち出しリスト**

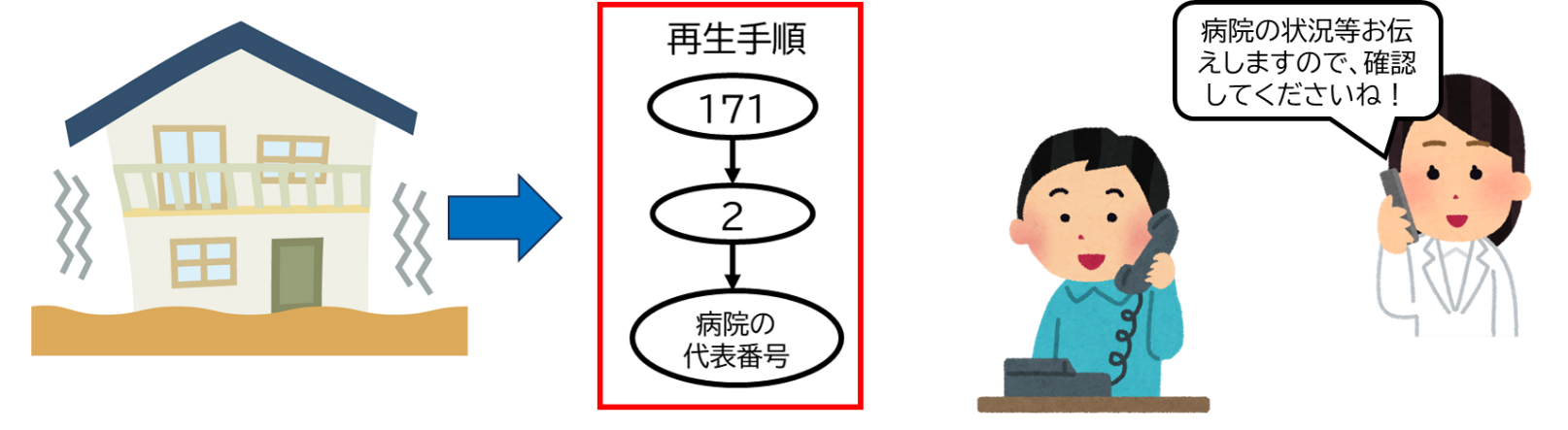
**3. 避難場所での対応方法**

**1.災害用伝言ダイヤルの使い方**

**＜病院の地域が震度6弱以上の場合＞**

病院から伝言を残しますので、以下の手順に沿って確認をお願いします。

1. 「171」をダイヤルします。
2. 「こちらは、災害伝言ダイヤルセンターです。録音される方は「１」を、再生される方は 　「２」を、暗証番号を利用する録音は「３」、暗証番号を利用する再生は「４」をダイヤルしてください」というアナウンスが流れます。
3. 「2」を押して、代表番号「0721-53-5761」を入力し病院スタッフからのメッセージを確認してください。



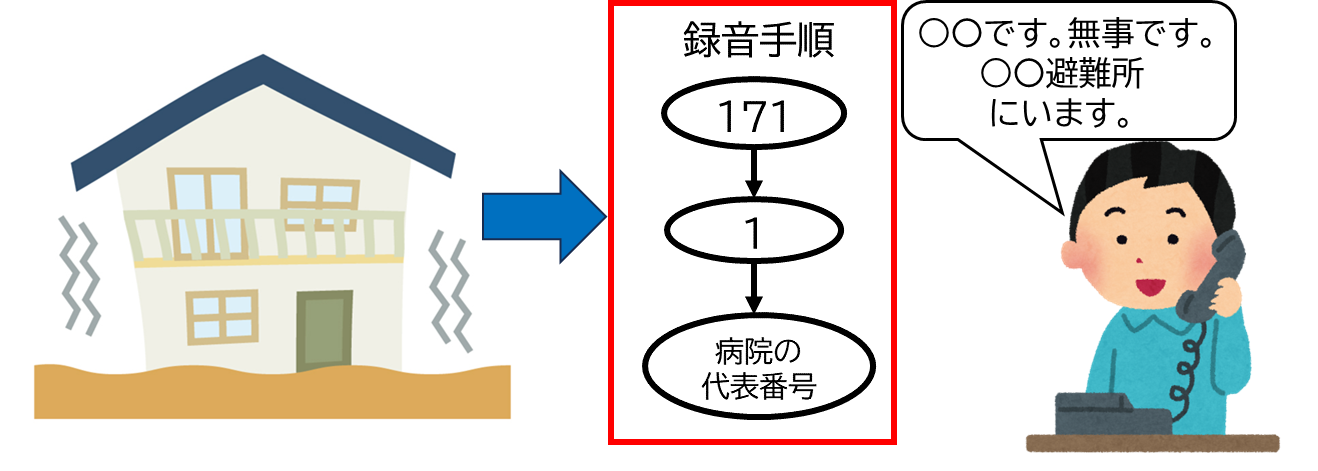
**＜お住いの地域が震度6弱以上の場合＞**

患者さまから病院に伝言をお願いします。

1. 「171」をダイヤルします。
2. 「こちらは、災害伝言ダイヤルセンターです。録音される方は「１」を、再生される方は 　「２」を、暗証番号を利用する録音は「３」、暗証番号を利用する再生は「４」をダイヤルしてください」というアナウンスが流れます。
3. 「1」を押して、代表番号「0721-53-5761」を入力し伝言をお願いします。（30秒以内）

お名前、ご自身の安否、避難所や自宅等所在地を伝言に残してください。

例 「○〇です。無事です。○〇避難所にいます。」



大阪南医療センター（代表番号）

TEL：0721-53-5761

2.持ち出し物品

災害発生時に備え必要物品の整理をお願いします。皆様にとって治療はとても大切なものです。治験薬はすぐに処方できない可能性が高いです。そのため、いざというときに備えて薬剤の場所の把握・保管場所を決めておくことが大切になってくると考えられます。

私たちスタッフとともに持ち出し物品リストを作成させていただき、いざというときに焦らず対応できるように備えましょう。

例）治験薬、治験参加カード、災害マニュアルなど

◎物品 ◎保管場所

治験薬

タブレット

|  |  |
| --- | --- |
| ◎物品 | ◎保管場所 |
| 治験薬 |  |
| タブレット |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

3．避難場所での対応方法

避難場所での対応について

避難場所では、ご自身が治験に参加していることをお伝えください。

その際に、治験参加カードを必ずご提示いただきますようにお願いします。

例）治験参加カード

|  |  |
| --- | --- |
| 治験参加カード  治験参加カード：20〇〇年〇月〇日～  　　　　　　　　20〇〇年〇月〇日  【患者様へ】治験参加中はこのカードを携帯し、ほかの病院や診療科受診または薬局にいかれる際はご提示ください。  【医療関係者の方へ】この患者様は現在、○○○○を対象とした治験に参加しており、右面に記載の薬剤の使用が制限されています。緊急時にはご連絡下さい。  【連絡先】  医療機関名：○○○○病院  住所：○○〇○○ | 【併用禁止薬】  以下の薬剤使用は禁止されています。  ・〇○○  ・〇○○〇○○  ・〇○○○  ◎試験参加中に新たに服薬できない薬剤  ・〇○○〇  ・○○○〇  ・〇〇〇〇 |



◎災害・緊急時の連絡先

**このページは被験者、施設の双方で保管するため、2枚複写とするか、コピーを症例ファイルに保管する**

日頃より治験にご協力下さりありがとうございます。

当治験管理室では、ご協力頂いている皆さまの安全とデータの信頼性を確保するため、

大規模災害時の連絡先を任意でお伺いしております。

　既に電子カルテへ反映されている連絡先については通常の連絡先として使用させて頂きますが、下部連絡先は通常の連絡方法で連絡が取れない場合に緊急連絡先として使用させて頂きます。なお、本来の目的以外に使用することはございません。

皆さまの治験期間中、治験管理室で安全に保管させて頂きますので、ご理解とご協力をお願い致します。なお、治験期間中、下記連絡先に変更がありましたら、お早めにお知らせくださいますようお願い致します。

以上の内容を理解し、下部連絡先を緊急連絡先として提示します。

ご自身情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●居住区：（市町村まで） | ●通院手段：（電車・バス・徒歩・車など） | |
| ●避難先：（場所、連絡先） | | |
| ●個人連絡先及び方法：（固定電話・携帯電話・メール・SNS・FAX・その他）  ①  　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| ②  　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| ③  　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 日付：  　　　　　　　　/ 　　　　　　　/ | | お名前： |

連絡先：電話番号でつながらない場合メッセージを残せるように、メールアドレス等の記載をお願いいたします。

その他の連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（続柄） | 連絡先①（連絡手段） | 連絡先②（連絡手段） |
| 例 | 大阪　南　　　（　子　） | 0721-53-5761（TEL） | 0721-53-5843（FAX） |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

## 別添資料　（例）補償制度の概要

|  |
| --- |
| 作成ガイド）   * 「B) -8 健康被害が発生した場合の補償について」に対する追加事項がある場合に記載する。 * 詳細な補償制度の資料を組み込む。 |