様式7（参考様式）

整理番号	
区分	□治験　□製造販売後臨床試験
	□医薬品　□医療機器

治 験 概 要（診療報酬明細書添付用）

患者氏名：	診療科：
ID 番号：	被験者識別番号：

治験依頼者の会社名、代表者氏名と住所及び連絡先	治験依頼者（代表者） 住　所： 会社名： 氏　名： 電　話：　FAX：
	担当者連絡先 住　所： 氏　名： 電　話：　FAX：
治験薬等の名称及び予定される効能・効果	名　称：
	（予定される効能・効果）
薬事法に基づく届出の年月日(届出回数)及び治験成分記号	届出年月日：西暦　年　月　日 （届出回数：　回）
	治験成分記号：
当該患者に対する治験実施期間（治験薬の投与、開始日及び投与終了日）	投与開始日：西暦　年　月　日 投与終了日：西暦　年　月　日 （　予定・終了　）
備考	