**ヒアリングチェックシート**ヒアリング日：西暦 　　　 年 月 日

依頼者の方へ　ヒアリング当日までに提出してください　　　　　　 　申請IRB：西暦 　　　 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **治験薬名**（INN）：  | **依頼者（CRO）**： |
| **治験契約期間**：20　 年 月 日 ～ 20　 年 月 日： | **症例登録期限**：20　 年 月 日まで |
| **契約例数** |  　例　（全国の総症例数：全 例）　　（世 界 の 総 症 例 数 :: 全　　　　　　例）　 |
| **治験種類** | □医薬品　　　　　　　　　　　　　　□医療機器　　　　　　　　　　　□体外診断用医薬品　　　　　　　　　　□再生医療等製品□第　＿＿\_　相　　　　　　　　　　　□製造販売後臨床試験　→　薬の納品：□なし　　　　　□あり□国際共同　　 □国内　　　　　　　　　　　　　　□医師主導 |
| **治験参加期間** | 治験薬投与期間： 日･週 | 前観察： □なし □あり **→** 日･週追跡調査： □なし □あり **→** 日･週生存調査： □なし □あり  |
| **実施症例数****カウントの取扱い** | □同意取得　　□投薬開始　　　□その他（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　脱落症例の扱い |
| **プロトコール** | 同意書 | 代諾者での治験開始：　□可　　　　□不可介護者用の同意について：　　□なし　　　□あり未成年者の参加：□なし　　□あり　　　　代諾者の同意：□必須　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本人同意：□必須　□可能な限り小児のアセント　□なし　　　□あり |
| 治験薬等 | 被験薬　：□内服　　□外用　　□注射　　□その他（　　　　　）対照薬　：□なし　　　　　　　 　□あり　　　　□ 有効成分あり→白箱提供：　□なし　　□あり□ プラセボ　→　レスキュー：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実薬投与への移行：　□なし　　□あり　併用薬　： □なし　　　　　　　□あり→白箱提供：　□なし　　□あり被験者からの回収品目等留意事項： |
| 医療機器 | ※取り扱いについては、責任医師、CRC、その他関連部署と打ち合わせ下さい。 |
| **費用** | 保険外併用療養費の対象期間＊その他の期間中の他科受診の検査・画像診断費用は依頼者負担となる | 開始日： □ 同意日＊　 　□投薬（使用）開始日　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）終了日： □最終投薬（使用）日　□終了時(中止時）検査日＊□後観察終了日＊　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼者の費用負担 | 同種同効薬以外の併用薬　：　　□なし　　　　　□あり↓（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治験に伴う入院の有無　□なし　　　　　□あり | 治験に伴う入院費用の依頼者負担：　□なし　　　□あり**→** 日･週　＊差額ベッド代については治験内容により相談 |
| **補償** | * 医療費（被験者負担分）
* 医療手当
* 補償金
 | 医療費の支払い方法：□直接請求方式　　□後償還方式申請書類（医療費・医療手当）の提出：□なし　　□あり付保証明書の提出：□なし　　□あり |
| **貸与物品** | 貸与･提供物品の有無□なし　　　　　□あり | 試料・書類・消耗器材・設備備品含む品目：保管場所： |
| **記録の保存** | GCPに従って | □　３年保存□１５年保存□２５年保存 |
| **覚書（案）** | 覚書提出 | □１）支給対象外経費に関する覚書（病院様式15）□２）脱落症例に関する覚書(病院様式16)□３）物品貸与に関する覚書（病院様式17）□４）記録等の保存に関する覚書（病院様式27） |
| **治験担当医師**（外来診察日）： |
| **症例報告書** | □紙媒体　　　　□EDC　データベース名：トレーニング：□あり　□なし | 原資料保存の注意点ワークシート（カルテシール）について： |
| **画像検査** | 　□なし　　　　　□あり | 画像フィルム複写：□なし　　□あり（治験の画像出力プロトコール**(別紙１)**）　検査項目：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　※複写の費用：フィルム代1枚700円、CD/DVD代1枚1000円※画像診断等に撮影条件や判読依頼項目がある場合は、放射線部 担当者と画像出力プロトコールを用いて打ち合わせを行う。 |
| **臨床検査** | ①院内検査　□なし　　　　　□あり |  |
| ②外注検査　□なし　　　　　□あり土日祝の検査　□なし　　□あり | 検査機関：**□**SRL　**□**BML　　　**□**ＬＳＩﾒﾃﾞｨｴﾝｽ　　**□**その他**（　 　　　　　）→**海外発送　□あり　　□なし※SRLとBMLは検体処理担当が常駐、それ以外の検査機関の場合は院内での処理を臨床検査部　担当者に依頼しておくこと |
| ③妊娠検査□なし　　　　　□あり | □外注検査項目にあり（　　　　　　　　　　　　　）□院内で検査**→**　□尿中(検査キット(ゴナスティック25推奨）および結果報告書**(別紙２)**の提供をお願いします。)※尿中検査の場合は臨床検査部 担当者に依頼し、キット納品場所・数量・依頼伝票・検査時の流れについて打ち合わせを行う。 |
| ④遺伝子解析□なし　　　　　□あり（同意書） | 治験参加条件　：　□必須　　　　□任意結果開示　：　　　　□あり　　　　□なし検体の保存期間　：　　　　　　　年 |
| ⑤特殊な検査　□なし　　　　　□あり（同意書） | □薬物動態　　　　　　　□内視鏡　　　　　　　□生検等　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **病理検査** | 病理標本提出：□なし　　　　□あり → 覚書提出 | □5）病理標本製作費に関する覚書※病理標本作成の条件項目について病理担当者と打ち合わせを行う |

別紙1

治験の画像出力プロトコール（X線写真）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成者

|  |  |
| --- | --- |
| 題名 |  |
| 治験番号 | （当院の治験番号を記載ください） |
| 担当者 | 診療科 | 責任医師 |
| 臨床研究コーディネーター | 連絡先 |
| 治験内容 | 目的：  |
| 予定 | 期間 | 年月日 | 症例数 |  |
| 必要な画像 | 必須検査を記載**※詳細な撮影条件は添付資料参照（** |
| 時期 |  |
| 撮像条件 | （必要な部位の撮影条件を記載） |
| 備考 | 装置と撮影パラメーターは同一患者で変更不可。故障などで他の機器を使用する場合は、条件を揃えるとともに、CRCに連絡。（他、装置等に制約がある場合は記載） |

参考資料

（根拠資料などを次頁に添付下さい）

別紙1

治験の画像出力プロトコール（CT）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成者

|  |  |
| --- | --- |
| 題名 |  |
| 治験番号 | （当院の治験番号を記載ください） |
| 担当者 | 診療科　科 | 責任医師　 |
| 臨床研究コーディネーター | 連絡先 |
| 治験内容 | 目的： |
| 予定 | 期間 |  年月日 | 症例数 |  |
| 必要な画像 | 必須検査と禁忌例に対する対応①（必須検査）②（造影剤禁忌症例の場合の代替検査）③（MRI禁忌症例の場合の代替検査）④その他（代替検査がMRIの場合は、必要なMRI検査を記載し、プロトコールはMRI用の別紙画像出力プロトコールを作成し、“詳細はMRI画像出力プロトコール参照”と記載） |
| 時期 | （必要な撮影時期を記載） |
| 撮像条件 | **（①〜③でCTが該当する場合、それぞれについて下記を記載）**撮影範囲（上限〜下限を記載、非造影と造影がある場合、それぞれについても範囲を記載）撮影条件（スライス厚、FOV（撮像視野）の大きさ、造影剤の使用の有無、使用造影剤量、造影後の撮影タイミング、MPR（多断面再構成）やWW/WL（ウィンドウ幅/ウィンドウ値）のアルゴリズムなど）腎機能低下症例の場合の対処代替検査※当院では経口造影剤は基本的には使用しないので、確認の上、絶対条件である場合以外は記載しない事**※詳細な撮影条件は添付資料参照** |
| 備考 | 装置とスキャンパラメーターは同一患者で変更不可。故障などで他の機器を使用する場合は、条件を揃えるとともに、CRCに連絡。（他、装置などに制約がある場合は記載） |

参考資料（根拠資料などを次頁に添付下さい）

別紙1

治験の画像出力プロトコール（MRI）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成者

|  |  |
| --- | --- |
| 題名 |  |
| 治験番号 | （当院の治験番号を記載ください） |
| 担当者 | 診療科　科 | 責任医師　 |
| 臨床研究コーディネーター | 連絡先 |
| 治験内容 | 目的： |
| 予定 | 期間 |  年月日 | 症例数 |  |
| 必要な画像 | 必須検査と禁忌例に対する対応①（必須検査）②（造影剤禁忌症例の場合の代替検査）③（MRI禁忌症例の場合の代替検査）④その他（代替検査がCTの場合は、必要なCT検査を記載し、プロトコールはCT用の別紙画像出力プロトコールを作成し、“詳細はCT画像出力プロトコール参照”と記載） |
| 時期 | （必要な撮影時期を記載） |
| 撮像条件 | MRIは各部位で別日でオーダーすること（頭部、頚部、胸部、上腹部、骨盤、四肢）**（①〜③でMRIが該当する場合、それぞれについて下記を記載）**撮影範囲（上限〜下限を記載、非造影と造影がある場合、それぞれについても範囲を記載）撮影条件（撮影シーケンスと断面方向、脂肪抑制の有無、スライス厚、FOV（撮像視野）の大きさ、造影剤の使用の有無、使用造影剤量、造影後の撮影タイミングなど）腎機能低下症例の場合の対処代替検査**※詳細な撮影条件は添付資料参照** |
| 備考 | 要求される磁場（例1.5T以上など）装置とスキャンパラメーターは同一患者で変更不可。故障などで他の機器を使用する場合は、条件を揃えるとともに、CRCに連絡。（他、装置などに制約がある場合は記載） |

参考資料（根拠資料などを次頁に添付下さい）

別紙２

※必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊娠検査（尿）結果報告書治験番号：　　　　　※　　　 治験課題名： 　　　　　　　　　　　　　※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者： 　　　　　　　　　　　　　※

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科名 |  | ID |   |
| 検査日 | 年　 月　 日 | 氏名 |  |
| 外来・入院 | 入院　　・　　外来 |
| 妊娠検査**(ゴナスティック25)**臨床検査部推奨医薬品 | □陰性　　　　　　　　　　□陽性 |
| 備考 |  |

検査結果判定技師サイン　　　　　　　　　　返却ボックスに返却してください。 |