

予定される治験費用に関する資料

独立行政法人国立病院機構
名古屋医療センター 院長 殿

治験依頼者
●●製薬株式会社

下記治験について、治験責任医師と協議のうえ、以下のとおり依頼者が費用を負担します。

治験薬名：

治験課題名：

記

項目	期間			備考
	同意取得後～治験薬投与開始まで	治験薬投与中	治験薬投与終了後～観察終了まで	
検査・画像診断の費用	治験実施計画書で規定されたもの <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	全て <input checked="" type="checkbox"/> 全額	治験実施計画書で規定されたもの <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額 有害事象時* ¹ <input type="checkbox"/> 依頼者負担なし <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	
同種同効薬の費用	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input checked="" type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	
上記以外で治験のために必要な薬剤等の費用**	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	
有害事象時* ¹ の治療のための薬剤の費用		<input type="checkbox"/> 依頼者負担なし <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	<input type="checkbox"/> 依頼者負担なし <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	

*¹ 治験薬との因果関係が否定できないが、軽微な有害事象で補償の対象としない場合

** 悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来化学療法加算及び無菌製剤処理料等の費用も負担について記載

入院の費用 治験実施計画書での規定入院 なし あり (期間：)

依頼者負担なし

依頼者負担あり (期間：)

被験者負担分 全額

入院基本料 食事代 病衣代 差額ベッド代 (上限： 円 (税込み)) その他 ()

以上