

西暦 年 月 日

治験実施報告書

日本小児循環器学会理事長 殿

報告者氏名：

所属：

下記のとおり，小児循環器疾患に対する治験の実施に関してご報告します。

治験区分	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 他：	
種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
治験段階	<input type="checkbox"/> 第Ⅱ相 <input type="checkbox"/> 第Ⅲ相 <input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
依頼者	<input type="checkbox"/> 社名：	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
治験薬名 (医療機器名)		<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
治験の標題		<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
治験計画書番号		<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
対象疾患		<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
目標症例数	例	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
実施症例数	例	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
治験実施期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
治験実施施設		<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
日本小児循環器 学会との契約	<input type="checkbox"/> 契約済み <input type="checkbox"/> 契約を検討中 <input type="checkbox"/> 予定はない	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
小児治験ネット ワークとの連携	<input type="checkbox"/> 連携している <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 予定はない	<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可
備考		<input type="checkbox"/> 公表可 <input type="checkbox"/> 不可

- ・ 原則として，PTのリーダーが治験依頼者の了解を得た上で報告する。相当する医師がない場合は，治験依頼者が報告してもよい。
- ・ 治験開始時と終了時に提出し，継続時は毎年6月に提出する。公表時期を特定する場合は備考欄に示す。
- ・ 公表可の項目は，学会員専用のホームページに掲載し評議委員会等で報告する。公表不可の項目は学会の関係委員のみが情報を保有する。学会の関係委員にも提供できない項目は空欄でよい。