（医）東大書式２８　　　 　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日

**検査・画像診断計画書**

東京大学医学部附属病院長　殿

委託者または自ら治験を実施する者

　所属機関

　住　所

　職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の臨床研究に係る検査等の計画について申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | |
| 治験課題名 | （治験実施計画書番号：　　　　　　　） | | |
| 研究対象 | □製造販売後臨床試験薬　□体外診断用医薬品　　□その他： | | |
| 治験責任医師 | 所属：　　　　　　　　職名：　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| 被験者 | 例（予定総契約例数：　　例） | | |

検査等計画　（合計点数の総計　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予定回数 (１症例あたり)  (a) |  | 点　数 | |  |
| 検査等項目 |  | 所定点数  (b) | 合計点数  (a)×(b)×被験者数（　　例）  （今回（追加）の予定契約例数） | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

製造販売後臨床試験の場合は、「治験」とあるのを「製造販売後臨床試験」と読み替えるものとする。

注１）保険外併用療養費の支給対象となるものについては点数欄は記入しないこと。保険外併用療養費の支給対象とならない場合はすべて記入すること。

注２）外注検査の場合(自ら治験を実施する者が直接支払う場合）には、検査項目欄に当該項目と検体採取の内容を並記し、点数欄を斜線にて抹消する。備考欄には当該検査項目が外注である旨を明記する。

（医）東大書式２８　　 　 　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

**検査・画像診断計画書（別紙）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予定回数 (１症例あたり)  (a) |  | 点　数 | |  |
| 検査等項目 |  | 所定点数  (b) | 合計点数  (a)×(b)×被験者数（　　例）  （今回（追加）の予定契約例数） | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |