**適格性確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床研究課題名 |  |
| 研究期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |

**担当医師**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | |
| 担当医師(自署) |  | 記入年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |

**研究対象者情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究対象者識別コード |  | 文書同意取得日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 性別 | □ 男性　　□ 女性 | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |

**適格性の確認**

|  |  |
| --- | --- |
| **選択基準** | |
| 1. | □ はい □ いいえ |
| 2. | □ はい □ いいえ |
| 3. | □ はい □ いいえ |
| 4. | □ はい □ いいえ |
| 5. | □ はい □ いいえ |
| 6． | □ はい □ いいえ |
| 7. | □ はい □ いいえ |
|  |  |
| **除外基準** | |
| 1. | □ はい □ いいえ |
| 2. | □ はい □ いいえ |
| 3. | □ はい □ いいえ |
| 4. | □ はい □ いいえ |
| 5. | □ はい □ いいえ |
| 6. | □ はい □ いいえ |
| 7. | □ はい □ いいえ |
|  |  |