同意取得後、本薬剤を投与開始する前に、FAX またはメール添付で下記宛に送付してください

熱帯病治療薬研究班　データセンター

国立国際医療研究センター 国際感染症センター

FAX：03-6228-0738
E-mail: info-dcc@hosp.ncgm.go.jp

症例登録書

胎児トキソプラズマ感染に対するピリメタミン・スルファジアジン・ホリナート併用療法の効果・安全性評価研究

施設名・診療科名	
研究責任医師または研究分担医師署名	
性別	☐ **男性**　　☐ **女性**
年齢（登録時）	_____ **歳**
適格性の確認	☐ **除外基準に該当しない**
文書同意取得日	（西暦）20____年____月____日　☐ 患者 ☐ 代諾者
薬剤開始予定日	（西暦）20____年____月____日

被験者識別コード _____

（データセンターが記載）