

**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

播種性トキソプラズマ症・トキソプラズマ脳炎に対するピリ  
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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
年齢（登録時）	_____ 歳
適格性の確認	<input type="checkbox"/> 除外基準に該当しない
文書同意取得日	(西暦) 20_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 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)