

# FAX 0263-37-3082

受付時間 9:00~17:00(土日祝日は除く)

FAX 送信前に電話にて送信する旨のご連絡をお願いいたします。 TEL: 0263-37-2661

## TAABO 試験 中止登録票

以下に必要事項をご記入下さい。

ご施設名	担当医師名
TEL 番号	登録結果返信先 FAX 番号

症例番号	同意取得日	年齢	割付群
------	-------	----	-----

### 中止

中止年月日	年 月 日
中止の理由	1: 効果不十分または症状悪化のため、試験の継続が困難となった
	2: 有害事象が発現し(原疾患の増悪、合併症の増悪または偶発症を含む)試験の継続が困難となった
	3: 試験担当医師が試験の継続を困難と判断し中止が妥当と判断した
	4: 被験者より試験参加の同意の撤回があった
	5: 被験者の都合により試験が中断された(転居、転医・転院、多忙、追跡不能等)
	6: 試験開始後、被験者が対象症例ではないことが判明した
	7: 偶発的な事故が発生した
	8: 被験者が試験担当医師の指示どおり日誌の記載をしていないことが判明した
	9: その他
処置と その後の経過	
服用の状況	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日服用している(75%以上) <input type="checkbox"/> 半分以上は服用している(50%以上、75%未満) <input type="checkbox"/> 半分以上、服用していない(50%未満)