**症例登録書**

**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

マラリアに対するキニーネ注射薬の薬効・安全性評価研究

|  |  |
| --- | --- |
| **機関名・診療科名** |  |
| **担当医師署名** |  |
| **性別** | □ **男性**□ **女性** |
| **年齢** | 　　　　 **歳** |
| **選択基準** | □ **重症マラリア**□ **経口抗マラリア薬が禁忌**□ **非重症マラリアのうち経口抗マラリア薬が内服不可** |
| **除外基準** | □ **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 |

症例識別コード

（データセンターが記載）