**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

先天性トキソプラズマ症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**　　　　 **ヶ月** |
| **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　　　□ 保護者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 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）