

患者さまの負担を軽減するための説明文書

(治験に参加いただく患者さまの負担を軽減するために、お支払いする費用について)

治験に参加していただくことにより、検査などが多くなって長い時間お待ちいただいたり、通常の診療よりも来院する回数が増えて交通費がかかったり、患者さまの負担が多くなったりする場合があります。

日本大学医学部附属板橋病院では、患者さまが治験に参加いただく場合には、治験参加に伴う負担を軽減するため、本日以降の治験参加のための外来来院ごとおよび治験参加のための入院ごとに7千円をお支払いいたします。

外来患者さまには、治験参加のために来院いただいた回数に7千円を乗じた金額、入院患者さまには、治験参加のために入院した回数に7千円を乗じた金額を、患者さまの指定する金融機関の口座へ、原則として発生した翌月末に振り込ませていただきます。

つきましては、治験による負担を軽減させていただくことに了承いただけましたら、同意書にご署名・日付および希望される振り込み金融機関名と口座番号等をご記入ください。

<注意事項>

1. この負担軽減費は患者さまの収入とみなされますので、確定申告等が必要となる場合があります。税金などでご不明な点がありましたら、以下のお問い合わせ先にご連絡ください。
2. お支払いは原則として、外来患者さまの場合は来院された翌月末(土日祭日と重なる場合はその前日)に、入院患者さまの場合は退院または治験終了の翌月末に振り込ませていただきます。
3. 振込金融機関名と口座番号などの確認ができない場合は、振り込みが遅れることがありますのでご了承ください。
4. 負担軽減費に関して、ご不明な点や相談事項がありましたら、以下のお問い合わせ先にご連絡ください。

<お問い合わせ先>

日本大学医学部附属板橋病院 臨床研究センター
電話：03-3972-8111(内線 3007 または 3008)

同意書（患者さまの負担軽減）

治験名（ ）の参加に伴う負担軽減について、説明を受け理解しましたので、負担軽減費として（1回 円）を受領することに同意します。

- ☐ 希望する振り込み口座は下記のとおりです。
- ☐ 銀行等の口座がないので、現金での支払いを希望します。

同意年月日： 年 月 日

ご本人の署名：

病歴番号：（記載者署名： ）

<代諾者の方>

同意年月日： 年 月 日

ご本人氏名：

ご署名：（ご本人との関係： ）

治験の参加に伴う負担軽減について、上記の方に説明文書に基づき説明を行い、文書による同意を得ました。
（ ）「説明文書」手渡し済、（ ）署名後の同意書（写し）手渡し済 <（レ）を記入>

同意確認年月日： 年 月 日（説明年月日： 年 月 日）

説 明 者：治験担当(責任・分担)医師名 所 属（ ）

同意確認年月日： 年 月 日

補助説明者：氏 名 所 属：□臨床研究センター，□その他（ ）

<振り込み口座>

金 融 機 関	銀 行 信用金庫	支 店 出張所
預 金 種 別 カッコに○をつけてください	() 普 通 ・ () 当 座	
口座名義氏名	(フリガナ：)	
口 座 番 号	(店舗番号)	(口座番号)

*原則として前月分を月末(土日祭日と重なる場合はその前日)に振り込ませていただきます。