

治験

(治験記号記載) 会計伝票

治験用 被験者番号: _____ (入院・外来)

実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

※依頼者請求可能検査のみレ点チェック

Visit #	実施項目	費用請求範囲
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	規定の検査・画像診断のみ依頼者 請求可 <input type="checkbox"/> 全額依頼者へ請求 <input type="checkbox"/> 被験者負担分のみ依頼者へ請求
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	保険外併用療養費制度適用期間 すべての検査・画像診断費用を 依頼者請求可
<input type="checkbox"/> 早期中止来院 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	規定の検査・画像診断のみ依頼者 請求可 <input type="checkbox"/> 全額依頼者へ請求 <input type="checkbox"/> 被験者負担分のみ依頼者へ請求

同種・同効薬あり(依頼者請求可能)

(_____ 科) 分 (他科検査分を依頼者請求の場合のみ記載)

本日より治験開始(初回のみレ点)