整理番号
 I. 治験 2. 製造販売後臨床試験 3. 臨床試験

臨床試験研究費ポイント算出表(体外診断医薬品) 体外診断用医薬品の臨床性能試験用

		ウエイト	ポーイント					
	要素		I (ウエイト×1)	II (ウエイト×2)	Ⅲ (ウエイト×3)	IV (ウエイト×5)		
Α	検体数	10		7 5 検体以下	76~150検体	151検体以上		
В	負荷試験	1	×人数					
С	検体採取の難易度	1	尿, 糞便, 唾液, 喀痰, 毛髮, 涙液, 汗	血液, 分泌物, 精液, 粘液, 乳汁, 滑液	胃液,腸液	髄液, 羊水, 組織, 胸水, 腫瘍内容物		
D	検体の対象	1	成人	小児	新生児			
Е	検体収集の難易度	1	希少疾病以外		希少疾病対象			
F	経過観察	1	×人数×1/5					
G	測定方法	1	自動分析法	用手法				
Н	症例発表	6	有り					
I	承認申請に使用され る文書等の作成	6	有り					
体外	ト診断医薬品管理および	が検体	保管管理関連					
J	体外診断医薬品の調 剤および出庫回数	1	単回	2~5回	6~9回	10回以上		
K	体外診断医薬品保存 状況	1	室温	冷所又は遮光				
L	体外診断医薬品温度 管理の有無	1		有り				
М	検体保管温度管理の 有無	1		有り				
N	同意説明文書以外の特 殊説明文書等の添付	2	有り					
Ο	残薬回収管理	3	有り					
Р	CRC関与及び実施に 係る業務	1	被験者の相談窓口対応 実施状況報告書の作成	試験資料の保管及び管理 外注検査管理等	IC 補助説明,被験者対応 患者スケジュール調整等 CRFへの転記 原データの保管			
Q	被験者の来院管理に 係るCRC業務	1	来院回数 1 回	来院回数 2 回	来院回数3回以上			

^{*}症例で算定するか、検体数で算定するかは実施計画書に基づき決定する。

※各項目 A~I について、ポイント欄の I, II, IIIのいずれに該当するか○印をつけてください。

1症例当たりの来院回数					口
1症例に対する治験実施期間					週間
治験実施計画書予定期間		年	月~	年	月
実施予定期間	契約締結日~	年	月	日	
エントリー期間			年	月	日
依頼症例数					症例

確認

責任医師氏名 責任医師への確認 最終確認日 確認者

院様 4-3

 整理番号

 区 分 1. 治験 2. 製造販売後臨床試験 3. 臨床試験

臨床試験研究費ポイント算出表(体外診断医薬品) 体外診断用医薬品の相関及び性能試験用

	要素	ウエイト	ポーイント					
			I (ウエイト×1)	II (ウエイト×2)	Ⅲ (ウエイト×3)	IV (ウエイト×5)		
Α	検体数	10		75 検体以下	76~150検体	151検体以上		
В	検体採取の難易度	1	尿,糞便,唾液, 喀痰,毛髮,淚液, 汗	血液,分泌物,精 液,粘液,乳汁, 滑液	胃液,腸液	髄液, 羊水, 組 織, 胸水, 腫瘍 内容物		
С	検体の対象	1	成人	小児	新生児			
D	検体収集の難易度	1	希少疾病以外		希少疾病対象			
Е	測定方法	1	自動分析法	用手法				
F	承認申請に使用され る文書等の作成	6	有り					
体夕	ト診断医薬品管理および	が検体	保管管理関連					
G	体外診断医薬品の調 剤および出庫回数	1	単回	2~5回	6~9回	10回以上		
Н	体外診断医薬品保存 状況	1	室温	冷所又は遮光				
I	体外診断医薬品温度 管理の有無	1		有り				
М	検体保管温度管理の 有無	1		有り				
J	同意説明文書以外の 特殊説明文書等の添 付	2	有り					
K	残薬回収管理	3	有り					
L	CRC関与及び実施に 係る業務	1	被験者の相談窓口対応 実施状況報告書の作成	試験資料の保管及び管理 外注検査管理等	IC 補助説明,被験者対応 被験者スケジュール調整等 CRFへの転記 原データの保管			
М	被験者の来院管理に 係るCRC業務	1	来院回数1回	来院回数 2 回	来院回数3回以上			

^{*}症例で算定するか、検体数で算定するかは実施計画書に基づき決定する。

※各項目 $A \sim I$ について、ポイント欄の I , II , III のいずれに該当するか〇印をつけてください。

大百東百日 Tie by c, Arib Timot, n, mook factorist from Office by							
1症例当たりの来院回数					口		
1症例に対する治験実施期間				週	間		
治験実施計画書予定期間		年	月~	年	月		
実施予定期間	契約締結日~	年	月	日			
エントリー期間			年	月	日		
依頼症例数					症例		

確認

責任医師氏名 責任医師への確認 最終確認日 確認者