

2回目以降のSSM(丸山ワクチン)申込手続きについて

受付：月・火・木曜日 午前9時～11時

休診：水・金・土・日曜日、祝日及び
年末年始

<直接来院される場合>

以下の書類等の提出が必要です。受付時間内にご持参ください。

医師との個別面談を行い、当日、次回40日分のSSM(丸山ワクチン)をお渡しします。

ご相談のみの場合でもSSM臨床成績経過書が必要です。

毎回
必要

(1) SSM 治験登録カード (必須)

(2) SSM 臨床成績経過書 (必須)

SSM使用中の病状・経過を担当医師に記載・捺印していただく書類です。

SSMの使用法を検討する都合上、お申し込み間近に記載をご依頼下さい。

治験薬を使用する関係上、お申し込みのたびごとに毎回提出していただくことが必須条件です。この経過書のご提出がないときはSSMをお渡しできません。

(3) その他資料 (病理組織診断の写し・画像等資料)

※返却不可

<郵送申込の場合>

お申し込み後、SSM(丸山ワクチン)がお手元に届くまで約12日間かかります。1回にお渡しするSSMは40日分ですので、郵送の所要日数を差し引いた30日後(1カ月後)にはお申し込みができるようにご配慮ください。

3回目以降も、同様にSSMのお受け取り後30日(1カ月後)を目途に次回分をお申し込みください。郵送申込に必要な書類はSSMに同封してお送りします。

以下の書類を揃えて封書にて当研究施設宛お送りください。

(1点でも不備があると郵送手続きができません。あらかじめご了承ください。)

毎回
必要

(1) SSM 臨床成績経過書 (必須)

SSM使用中の病状・経過を担当医師に記載・捺印していただく書類です。

SSMの使用法を検討する都合上、お申し込み間近に記載をご依頼下さい。

治験薬を使用する関係上、お申し込みのたびごとに毎回提出していただくことが必須条件です。この経過書のご提出がないときはSSMを郵送できません。

(2) 送り先宛名票 (必須)

SSMの受取人の住所・氏名をご記入ください。

担当医師のご指示によりご自宅で受け取ることも可能です。

(3) 振込連絡票 (必須)

指定振込用紙の左側部分((A)振込連絡票)です。

費用のお支払いは、すべて振込になります。(現金・為替等は扱っておりません)

現金自動預け払い機(ATM)による振込も受け付けますが、振込人名は登録番号、患者名としてください。その場合にも指定の振込連絡票は必ずご記入のうえ、ATMの振込控え(コピーでも可)とともにお送りください。ネットバンキングの場合は、振込完了画面を印刷してお送り下さい。

(4) その他資料 (病理組織診断の写し・画像等資料)

※返却不可

注意
事項

入院・通院中の病院・医院等を変更するときは、改めて担当医師の治験承諾書が必要になります。

1度にお渡しできる量は1クール(40日分)です。

医師の電話による相談は行っておりません。

駐車場が手狭ですのでお車での来院はご遠慮ください。

ご不明な点につきましては下記までお問い合わせください。

基幹治験施設：日本医科大学付属病院ワクチン療法研究施設

〒113-8706 東京都文京区千駄木1-1-5

電話：03-5814-6996(直通)

03-3822-2131(内線5365)

FAX：03-3824-6400

ゼリア新薬工業株式会社

2回目以降のSSM (丸山ワクチン) 郵送申込手続に必要な書類

SSM臨床成績経過書・送り先宛名票・振込連絡票の3点を揃えて封書でお送りください。

〇**捺記入・捺印をご確認ください。**

SSM 臨床成績経過書

受付 月・日・時 午前0時～午前11時

SSM 登録(診察券)番号

受取人 ふりがな	病(医)院名
患者名	担当 医名

1. 今期間中のSSM投与について

1) 投与方法 1. SSM-A, B交互 2. SSM-A単独 3. SSM-B単独 4. その他()

2) 投与回数 1. 隔日 2. 週3回 3. 週2回 4. 週1回 5. 連日 6. その他()

II- 症状 (おかしな点) III- 臨床検査 (コビエの添付用) 0、検査なし

項目	月日	項目	月日	項目	月日
咳・痰		WBC (/mm ³)		CRP 総蛋白 (g/dL)	
悪心・嘔吐		RBC (/mm ³)		γ-GTP (U/L)	
腹痛		Hb (g/dL)		アルブミン	
下痢		Ht (%)		総ビリルビン	
出血		血小板 (/mm ³)		肝臓 酵素	
尿		リソソ/尿 (%)		PSA	

今期間終了時の効果判定 (各項目の該当番号に○印をお付けください)

1) 一般状態 (Performance Status) ※PSは必ずご記入ください

PS	患者名	SSM登録番号
PS 0		
PS 1		
PS 2		
PS 3		
PS 4		

- 2) 再発・再燃・転移 1. あり (部位をご記入ください) 0. なし 9. 不明
- 3) 症状改善効果 (疼痛緩和、食欲、ADL, その他) 1. 著明 2. あり 0. なし 8. 判定不能 9. 不明
- 4) 化学療法・放射線療法・副作用軽減効果 1. 著明 2. あり 0. なし 8. 判定不能 9. 不明
- 5) 延命効果 (想定に対して) 1. 著明 2. あり 0. なし 8. 判定不能 9. 不明

振込連絡票 依頼人がワクチン施設へ郵送

登録番号

ワクチン患者名

住所 (患者・連絡先)

金額 ¥11,000 (税込)

上記のとおり振込みました。

年 月 日

受取書 依頼人保存

依頼日 年 月 日

金額 ¥11,000

先方銀行 みずほ銀行根津支店

お受取人 丸山ワクチン有償治療取扱窓口

登録番号

患者名

ご依頼人

手数料

振込依頼書 取扱店保存

依頼日	年	月	日	振込指定	通信(普通)扱	手数料

先方銀行 みずほ銀行根津支店

預金種目 普通預金

口座番号 1626192

受取人 丸山ワクチン有償治療取扱窓口

取扱い 預金

登録番号 〒113-8706 東京都文京区千駄木1-1-5

患者名 (カタカナ)

氏名

連絡先

住所

お願

本票は必ず送り先宛書類「経過書」とともに
振込依頼宛ワクチン施設へ直接郵送下さい。

1) 振込銀行を必ず書き添えてください。

2) 振込金額を必ず書き添えてください。

3) 振込日(月・日)を必ず書き添えてください。

4) 振込手数料を必ず書き添えてください。

1) 振込金額を必ず書き添えてください。

2) 振込日(月・日)を必ず書き添えてください。

3) 振込手数料を必ず書き添えてください。

4) 振込銀行を必ず書き添えてください。

送り先宛名票

SSM(丸山ワクチン)の受取人の住所・氏名をご記入ください。

- SSMの郵送申込には、必ずこの宛名票と経過書・振込連絡票を一緒にお送りください。
- 郵便番号・宛名は誤りのないようハツキリとご記入ください。
- 登録番号・患者氏名または頭文字は必ずご記入ください。
- AB・BB・AAの欄には印をつけないでください。

AB	BB	AA
----	----	----

切り離さないで、剥がさないでください。

SSM 登録 NO.

患者氏名

又は頭文字

ABA

BBA

必ずご記入ください。

この部分をお送りください。

現金自動預け払い機(ATM)による自動振込も受け付けますが、振込人名は登録番号、患者名としてください。

その場合もこの振込連絡票は必ずご記入のうえ、ATMの振込控え(コピーでも可)とともにお送りください。

ネットバンキングの場合は振込完了画面を印刷してお送り下さい。

ご本人・ご家族が保存してください。