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

症例登録書

マラリアに対するキニーネ注射薬の薬効・安全性評価研究

機関名・診療科名	
担当医師署名	
性別	☐ **男性**　　☐ **女性**
年齢	_____ **歳**
選択基準	☐ **重症マラリア**　　☐ **経口抗マラリア薬が禁忌** ☐ **非重症マラリアのうち経口抗マラリア薬が内服不可**
除外基準	☐ **該当しない**
文書同意取得日	（西暦）20____年____月____日　　☐ 患者 ☐ 代諾者
薬剤開始予定日	（西暦）20____年____月____日

症例識別コード _____
（データセンターが記載）