

文件编号：SLYJ-Form-018-07

### 临床试验药物专用处方

日期： 年 月 日

#### 受试者信息

姓名		受试者 编号		性别		年龄		就诊 科室	
----	--	-----------	--	----	--	----	--	----------	--

#### 诊断信息

--

#### 所用试验药品信息

药物名称	方案编号	药物编号	发放数量	用法用量

医生签字：

药师签字：

研究人员填写“临床试验药物专用处方”后送至临床试验机构药房，方可  
领取药物；回收研究用药物时，请将药物送至临床试验机构药房处。