千葉大学医学部附属病院 臨床試験部 臨床研究データセンター

FAX：０４３－２２６－２６４４　電話：０４３－２２６－２６６７

受付時間：月曜～金曜日　9:00～17:00（土日、祝日、年末年始を除く）　※受付時間外にご送信頂いた場合、翌稼働日の受付となります。

千葉大倫理審査委員会 整理番号：CRBxxxx-xx

**試験課題名**

症　例　登　録　票

記入年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名** |  | | |
| **診療科名** |  | **適格性確認医師名** |  |
| **被験者識別コード** |  | **文書同意取得日** | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| **年　齢** | 歳 | **結果送付問合せ先** | FAX： |
| **性　別** | □　男　 　□　女 | TEL： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **選択基準** | **はい** | **いいえ** |
| 1. | □ | □ |
| 2. | □ | □ |
| 3. | □ | □ |
| 4. | □ | □ |
| 5. | □ | □ |
| **除外基準** | **はい** | **いいえ** |
| 1. | □ | □ |
| 2. | □ | □ |
| 3. | □ | □ |
| 4. | □ | □ |
| 5. | □ | □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***データセンター使用欄*** | *受領者* | *適格性* | |
|  | *適格* | *不適格* |