**ＦＡＸ送信先　：　０４３－２２６－２６４４**

千葉大学医学部附属病院　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CRB整理番号：CRB\*\*\*\*-\*\*

**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** |  | **担当医師名** | |  |
| **被験者識別コード** |  | **文書同意取得日** | | 西暦 　　　　年 　　月 　　日 |
| **年　齢** | 歳 | **性　別** | | □　男　　□　女 |
| **結果送付問い合せ先** | FAX: | | 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；　　　年　　月　　日***  ***備考*** | *担当* | *適格性* | |
|  | *適格* | *不適格* |
|  | *適格* | *不適格* |