

ナカトミファティーグケアクリニック

研究参加用診察申込書

FAX 06-6233-6137 (24時間受信可能)

申込日：平成 年 月 日 ()

紹介元医療機関名		担当者名	
所在地		TEL	
診療科		FAX	
医師名			

フリガナ		性別	
患者氏名		男・女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
フリガナ			
住所	〒		
TEL			
移動方法	独歩・車イス・その他 ()		
受 希 望 日	第1希望	月 日 ()	希望日なし
	第2希望	月 日 ()	月 日以外
	第3希望	月 日 ()	

※原則、毎週月曜17:30受付です。

- 本書と臨床研究参加条件確認書、問診票を一緒にFAXしてください。
(すべての資料が揃った時点で申込受付となります。)
- 本書は研究対象となる可能性のある方専用のもので、
通常の診察をご希望の方はお電話もしくはHPのWEB予約よりご予約ください。
- 予約決定は原則翌日以降となりますのでご了承ください。

当院記入欄	受付	OK・NG	ID	
	予約日	月 日 □入力	返信日	月 日

〒541-0043
 大阪府大阪市中央区高麗橋4-5-12
 TERASOMAビル2階
 ナカトミファティーグケアクリニック (担当：田中)
 TEL: 06-6233-6136 FAX: 06-6233-6137
 診療時間 10:30~14:00、16:00~20:00
 (木曜、土曜午後、日曜、祝日休診)