

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 ()	
受診希望日 について	1. なるべく早く受診したい	
	2. 先の日程になってもいいので、同じ週にまとめて受診したい	
	不都合な日があればご記入ください ()	

- 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す。
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
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)