西暦　　　年　　月　　日

来院確認票

登録 No.

氏　　名

生年月日・性別

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 被験薬の化学名又は識別記号 |  |
|  | 科名 |  |
|  | 整理番号 |  |

　来院日の確認**（該当する方のいずれかに✓する）**

|  |
| --- |
|  　　□　診察日（当日分）：　西暦　　　年　　月　　日 |
|  □　診察日以外に来院**（来院日を記入し、来院目的に○をつける）** 　　　　来院した日　　西暦　　　年　　月　　日 　　　　来院目的 1)一般検査（採血・採尿等） 　　　　　　　　　　　2)生理機能（心電図、超音波）検査 　　　　　　　　　　　3)ＣＴ・ＭＲＩ検査 　　　　　　　　　　　4)レントゲン検査 　　　　　　　　　　　5)内視鏡 　　　　　　　　　　　6)その他（　　 ） 　 **(該当する項目に○をつける)** |

　被験者署名：

　：

|  |
| --- |
|  |
| 医事課確認印 | 臨床研究センター確認印 |
|  |  |