

超速効型インスリン製剤(アピドラ注)使用調査

登録票

医療機関名	
科名	
担当医師名	
メールアドレス	
調査票 郵送先	〒
患者を識別できる番号 (カルテ番号等)	あり ⇒ (_____) <input type="checkbox"/> 「なし」または「情報提供不可」
患者イニシャル	(名) _____ (姓) _____ <input type="checkbox"/> 情報提供不可
同意書の取得日	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日
次回外来受診予定日 (調査開始日)	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

FAX送信先は下記になりますので、よろしくお願ひします。

●登録票：同意取得後2週間以内に必要事項を記入の上、下記事務局までFAXしてください。

【事務局】 〒849-0101 佐賀県三養基郡みやき町大字原古賀 1068-4

担当者：糖尿病内科 あおぞらクリニック 今村 洋一

TEL:0942-94-9811 FAX: 0942-94-9822

E-mail: aozoraclimamura@forest.ocn.ne.jp