

非小細胞肺癌に対するがんワクチン療法 FAXお問い合わせ用紙

送信先:077-548-3618

本用紙は【非小細胞肺癌に対するがんワクチン療法】の**医師主導治験**への参加を考慮するために必要な情報です。本試験に関する以外に使用することは一切ありません。

提供いただく個人情報適切に管理致します。できるだけ可能な範囲で記載してください。
本用紙の到着後、**腫瘍内科担当医師より電話連絡いたします**ので、太枠内は必ず記載してください。
なお、到着順に連絡いたしますので、1週間程度要する場合がありますことをご了承願います。

20 年 月 日記入

氏名				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日
年齢	歳			
かかりつけの病院名				
連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他：氏名	(続柄)		
電話番号	自宅)	()		
	携帯)	()		
電話連絡可能な時間帯				

<病気にに関する質問>

* 該当箇所を選択し、日付を記載してください

肺がんの分類	<input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌 (例: 腺がん、扁平上皮がん、大細胞がん など) <input type="checkbox"/> 不明					
手術の実施状況	<input type="checkbox"/> 手術実施時期	20	年	月	日頃	
	<input type="checkbox"/> 実施予定	20	年	月	日頃	
術後化学療法の 実施状況	<input type="checkbox"/> 実施中	終了予定日	20	年	月	日頃
	<input type="checkbox"/> 終了	最終投与日	20	年	月	日頃
	<input type="checkbox"/> 開始予定	開始予定時期	20	年	月	日頃

なお、本FAXにお心当たりのない場合は、直ちに滋賀医科大学医学部附属病院 臨床研究開発センター
(TEL:077-548-3618)までご連絡をお願い致します。