

症例紹介

札幌医科大学附属病院 治験センター
安田 宛
FAX:011-616-3112
e-mail:chiken-stroke@sapmed.ac.jp

医療機関情報

医療機関名			
住所			
TEL		FAX	
ふりがな		e-mail	
医師名			

患者情報

ふりがな			
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ____年__月__日 (____歳) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
連絡先	住所		
	TEL		
経過	脳梗塞発症日	20____年__月__日	

画像データ： 提供可能なものがありましたらチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 頭部 MRI [<input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> Diffusion <input type="checkbox"/> T2* <input type="checkbox"/> その他 (_____)]
<input type="checkbox"/> 頭部 MRA <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 頭部 CT <input type="checkbox"/> 頭部 3D-CTA <input type="checkbox"/> 頸部 3D-CTA <input type="checkbox"/> 脳血管造影
<input type="checkbox"/> その他 (_____)