**【研究担当医師用】**

**登録票**

試験課題名：

研究計画書番号：ＸＸＸＸＸＸ

施設名：筑波大学附属病院　試験責任医師：〇〇科　氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **同意取得日：20　　　年　　　月　　　日** | **同意取得時年齢：　　　　　歳** | **□男　　□女** |
| **被験者識別コード（登録番号）：** | | |
| **記入医師署名：** | **記入日：20　　　年　　　月　　　日** | |

**適格性確認**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **選択基準** | **合致** | |
| 1) | □はい　□いいえ | |
| 2) | □はい　□いいえ | |
| 3) | □はい　□いいえ | |
| 4) | □はい　□いいえ | |
| 5) | □はい　□いいえ | |
| 6) | □はい　□いいえ | |
| 7) | □はい　□いいえ | |
| **除外基準** | **抵触** |
| 1) | □いいえ　□はい |
| 2) | □いいえ　□はい |
| 3) | □いいえ　□はい |
| 4) | □いいえ　□はい |
| 5) | □いいえ　□はい |
| 6) | □いいえ　□はい |
| 7) | □いいえ　□はい |
| 8) | □いいえ　□はい |
| 9) | □いいえ　□はい |
| 10) | □いいえ　□はい |
| 11) | □いいえ　□はい |
| 12) | □いいえ　□はい |
| 13) | □いいえ　□はい |
| 14) | □いいえ　□はい |