

# 大阪市立大学医学部附属病院 医薬品・食品効能評価センター

こつそしょうしょう

## 骨粗鬆症の治験 お問い合わせフォーム

Fax 送付先：06-6645-3448

ご記入日 200 年 月 日

今後の連絡方法についてご記入下さい TEL (携帯・自宅) メール FAX

フリガナ		
氏名		
性別	男性	女性
生年月日	19 年	月 日 ( ) 歳
住所	府・県	市・区
	(マンション名・部屋番号)	
連絡先	TEL ( ) - ( ) - ( )	
	携帯 ( ) - ( ) - ( )	
	FAX ( ) - ( ) - ( )	
メールアドレス (PCアドレスをご登録下さい)		
<p><u>あなたの過去または現在の病気についてお聞きします</u></p> <p>骨折をしたことがある (幼少時を除く) <span style="float:right">はい いいえ</span></p> <p>過去 1 年以内に骨粗鬆症のお薬を使用したことがある <span style="float:right">はい いいえ</span></p> <p>重い病気にかかったり、手術を受けたりしたことがある <span style="float:right">はい いいえ</span></p> <p>悪性腫瘍 (がん) の既往がある、または現在治療中である <span style="float:right">はい いいえ</span></p> <p>今までに脊椎の手術を受けたことがある <span style="float:right">はい いいえ</span></p> <p>食道狭窄があると言われたことがある <span style="float:right">はい いいえ</span></p> <p>現在、他の病院(歯科医院も含む)に通院している、または他の診療科にかかっている <span style="float:right">はい いいえ</span></p> <p>その他、症状、体調などについて、ご自由にご記入下さい。</p>		

ご連絡いただいた方のプライバシーは大阪市立大学医学部附属病院 医薬品・食品効能評価センターで厳重に管理されます。安心してお問い合わせください。

書類はインターネットでダウンロードいただけます <http://www.med.osaka-cu.ac.jp/hosp/self/hyokac/>