

3-6で担当医師名として「施設名」を選択した場合（以下のような場合）は・・・。

患者の基本情報 * 印=必須項目

1	患者のイニシャル(姓・名) *	姓 A 名 A
2	生年月日 *	西暦 1950年03月18日
3	患者の性別 *	男
4	患者の診断名 *	多発性骨髄腫(難治性・再発性)
5	サリドマイドの使用と個人情報の提供についての同意を取得していますか? *	はい
6	備考欄	

担当医師・薬剤師の情報

1	医療機関名	テスト病院3
	診療科	血液科
	責任医師名 *	テスト森章太郎
2	担当医師名 (UMIN ID) *	テスト病院3(smudh-hosp3)
	責任薬剤師名 *	テスト花子



アンケート1へ

おわり