

▼ 臨床情報

5. 握力 検査あり → 検査日 年 月 日 ▶ 握力 ▶ 右 K g ▶ 左 K g

デジタル握力計で測定不能 → ▶ 測定可能下限 K g

検査なし

9. 耐糖能障害 なし ▼ 治療内容 ▼ 薬品名

あり → 食事指導 内服薬 (処方箋コピー可) → インスリン

不明

高次脳機能障害・認知障害 なし あり 不明

嚥下 (えんげ) 機能障害 これまでない

ある → ▶ 発症年齢 歳 ヵ月

以前あった → ▶ 発症年齢 歳 ヵ月 ~ 歳 ヵ月 まで

不明

胃ろう、経管栄養 これまでない

ある → ▶ 開始年齢 歳 ヵ月

以前受けた → ▶ 開始年齢 歳 ヵ月 ~ 歳 ヵ月 まで

不明

手指の障害 不自由を感じない 不自由はあるが日常生活に援助不要 日常生活に援助が必要

筋強直現象 (状態) ない 軽い (症状はあるが日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障がある)

便秘 ない 軽い (症状はあるが治療はしていない) 強い (下剤や浣腸を使用している)

(目) 見えにくさ ない 軽い (症状はあるが日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障がある)

白内障の手術 受けていない 手術を受けた → ▶ 初回手術時年齢 歳 その他、眼科手術を受けた 不明

(耳) 聞こえにくさ ない 軽い (症状はあるが日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障がある)

疲れやすさ ない 軽い (日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障あり)

眠気 ない 軽い (日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障あり)

腫瘍 なし あり → ▶ 腫瘍の種類 不明

手術歴 なし あり → ▶ 手術歴 不明

筋強直現象・投薬 受けていない 受けている → ▶ 薬品名 不明

疲れやすさ、日中の眠気に対して投薬 受けていない 受けている → ▶ 薬品名 不明

6. 合併症・その他 なし あり → ▶ 合併症の種類 不明

3. 心エコー 検査あり → 検査日 年 月 日

検査日不明 未測定

▶ 検査結果 ▶ 左室駆出率(EF) EF: % ▶ 左室拡張期径(LVDd) LVDd: mm

未検査 不明 未検査 不明

3. 心筋症/心臓合併症・投薬 治療を受けていない

現在、受けている → ▼ 服薬の種類 ※種類が不明の場合は、その他に薬剤名を明記ください 複数選択

βブロッカー 利尿剤 ACE阻害剤 ARB

抗不整脈剤 薬品名 不明

その他 薬品名 ▶ 服薬開始年齢 歳

▼ 服薬期間と薬剤の種類 (覚えている範囲で)

過去に受けていた

不明

注意: → 医師に確認の上、記入する欄

→ 以前の情報に訂正の必要があればご記入ください

3~4枚目も、お忘れなくご記入ください。 →

責任者: 大阪大学医学系研究科 保健学専攻 生体病態情報科学講座 臨床神経生理学研究室 高橋 正紀

書類送付先: 187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remedy事務局

▼ 臨床情報

3. 心臓合併症

なし

あり →

不明

不整脈（洞不全症候群、期外収縮等） → ▶ 最初に指摘された年齢 歳

心伝導障害（房室ブロック、脚ブロック等） → ▶ 最初に指摘された年齢 歳

心筋症（心不全） → ▶ 最初に指摘された年齢 歳

3. 心電図

検査あり → 検査日 年 月 日

▶ 心電図：洞調律 はい → PR間隔: ms

いいえ → QRS間隔: ms QTc: ms

検査なし（未検査）

不明 一部未検査

※はいの場合、PR間隔、QRS間隔、QTc全てご記入ください。

3. 心臓・手術

なし

ペースメーカー植込み → ▶ 最初に実施した年齢 歳

植込み型除細動装置 → ▶ 最初に実施した年齢 歳

カテーテルアブレーション（焼灼） → ▶ 最初に実施した年齢 歳

不明

4. 呼吸機能

▼ 検査日

検査あり → 検査日 年 月 日

検査日不明 未測定

▼ 努力肺活量：FVC

▶ 検査結果 FVC ml %FVC %

未検査 不明

▼ 一秒率：FEV1%

▶ 検査結果 FEV1% %

一秒率の実測値をご記入ください。

未検査 不明

4. 呼吸管理（現在）

▼ 状況

未使用

現在、使用中 →

▼ 種類

CPAP（持続陽圧呼吸療法） 非侵襲的呼吸管理(NPPV, BiPAP etc)

▶ 使用開始年齢 歳 月

気管切開 → ▶ 気管切開の状態 気管切開のみ 気管切開下人工呼吸管理

▶ 気管切開開始年齢 歳 月

▼ 人工呼吸器の使用頻度

一日中使用 一日のうち、部分的に使用

4. 呼吸管理（過去）

▼ 状況

未使用（使ったことがない）

過去に使用したことがある →

▼ 人工呼吸器・呼吸管理の種類（過去）

CPAP（持続陽圧呼吸療法） 非侵襲的呼吸管理(NPPV, BiPAP etc)

気管切開のみ 気管切開下人工呼吸管理

▶ 使用期間 歳 月 ~ 歳 月 まで

注意： 4枚目もお忘れなくご記入ください。 →

- 医師に確認の上、記入する欄
- 以前の情報に訂正の必要があればご記入ください

責任者：大阪大学医学系研究科 保健学専攻 生体病態情報科学講座 臨床神経生理学研究室 高橋 正紀

書類送付先：187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remudy事務局

▼ 臨床情報

7. 血液検査

<input type="checkbox"/> 検査あり	→	検査日	<input type="checkbox"/> 検査日不明
<input type="checkbox"/> 未測定		年 月 日	
▶ 血清CK値		I U/L	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明
▶ AST値		I U/L	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明
▶ ALT値		I U/L	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明
▶ γ-GTP値		I U/L	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明
▶ LDL コレステロール		mg/dl	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明
▶ HbA1c (NGSP)		%	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明

▼ 出生・発達 (15歳未満の方)

8. 出生	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	
	<input type="checkbox"/> 対象年齢です	▶ 出生 <input type="text"/> 週 ▶ 体重 <input type="text"/> g
	<input type="checkbox"/> 不明	
周産期異常	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 羊水過多 <input type="checkbox"/> 仮死・呼吸障害 <input type="checkbox"/> 嚔下障害 <input type="checkbox"/> 筋緊張低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
分娩異常	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 遷延分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
発達歴 (首のすわり)	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	※ 首のすわりはいつでしたか？
	<input type="checkbox"/> 出来ている	▶ 時期 <input type="text"/> カ月
	<input type="checkbox"/> 未獲得 <input type="checkbox"/> 不明	
発達歴 (独り座り)	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	※ 独り座りはいつでしたか？
	<input type="checkbox"/> 出来ている	▶ 時期 <input type="text"/> カ月
	<input type="checkbox"/> 未獲得 <input type="checkbox"/> 不明	
発達歴 (独り歩き)	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	※ 独り歩きはいつでしたか？
	<input type="checkbox"/> 出来ている	▶ 時期 <input type="text"/> カ月
	<input type="checkbox"/> 未獲得 <input type="checkbox"/> 不明	
発達歴 (単語)	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	※ 単語が話せたのはいつでしたか？
	<input type="checkbox"/> 話すことが出来ている	▶ 時期 <input type="text"/> カ月
	<input type="checkbox"/> 未獲得 <input type="checkbox"/> 不明	
発達歴 (二語文)	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	※ 二語文が話せたのはいつでしたか？
	<input type="checkbox"/> 話すことが出来ている	▶ 時期 <input type="text"/> カ月
	<input type="checkbox"/> 未獲得 <input type="checkbox"/> 不明	
知的・精神面での問題	<input type="checkbox"/> 対象年齢以上のため、回答不要です。	※ 知的・精神面での問題はありますか？
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 不明	

このデータは原情報に忠実に記入されており、医師の確認のもとに作成されたものであることを証明します。

また、患者情報に不明な点がある場合、患者情報登録部門より問い合わせを受けることに同意します。

10. 病院名

医師署名
(自筆)

署名日

年 月 日

注意: → 医師に確認の上、記入する欄 → 15歳未満の患者様のみ記入する欄 → 以前の情報に訂正の必要があればご記入ください

責任者: 大阪大学医学系研究科 保健学専攻 生体病態情報科学講座 臨床神経生理学研究室 高橋 正紀

書類送付先: 187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remudy事務局

記入日 西暦 2020 年 7 月 1 日	病院名 : NCNP病院	診察券番号 (123456)
患者氏名 フリガナ (コクリツ タロウ) 漢字名 : 国立 太郎	性別 (男) 女	国籍 <input checked="" type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 日本以外
生年月日 (昭和・平成・令和・西暦) ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
住所(送付先) 〒 187 - 8551 住所 : 東京都小平市小川東町4 - 1 - 1	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(長期入院中) <input checked="" type="checkbox"/> 病院(長期入院中) <input type="checkbox"/> その他 () <small>← 書類の送付先をご記入ください</small>	
電話番号 : (042) - (346) - (2309)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯・IP電話 <input checked="" type="checkbox"/> その他(病院) <small>← 日中連絡が繋がる番号 連絡希望時間帯 (任意) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> 終日</small>	
メールアドレス : remudy @ ncnp.go.jp	<input checked="" type="checkbox"/> PC(推奨) <input type="checkbox"/> 携帯・スマートフォン・その他	
年齢が16歳以上の場合、 患者本人に同意能力がありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 16歳未満(0歳~15歳)である	
あなた(患者)に該当する治験の提案があれば、 提供を希望しますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 詳しい情報を提供して欲しい <input type="checkbox"/> 今はわからない <input type="checkbox"/> 情報は必要ない	
あなた(患者)は現在、治験に参加していますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい(現在参加中) → 治験名 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	A-123の臨床試験
あなた(患者)は過去、治験に参加していますか？	<input type="checkbox"/> はい(参加したことがある) → 治験名 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
あなた(患者)はこれまでに他の患者登録をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 登録をしたことがある → 名称 <input checked="" type="checkbox"/> 登録をしたことがない <input type="checkbox"/> 不明	
患者会などに参加していますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 参加している → 名称 <input type="checkbox"/> 参加したことがない	XXXXX患者会

治験課題名は説明同意文書の表題を参考にして下さい。

▼ 臨床情報

1. 診断名	<input type="checkbox"/> 先天性筋強直性ジストロフィーI型 (生後4週以内の発症) <input type="checkbox"/> 筋強直性ジストロフィーI型 (DM1) <input type="checkbox"/> 筋強直性ジストロフィーII型 (DM2) <input type="checkbox"/> 非発症筋強直性ジストロフィーI型 (遺伝子変異は確認されているが無症状な場合)	
1. 発症年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 発症している → 初めて症状に気づいた年齢 25 歳 <input type="checkbox"/> まだ発症していない <input type="checkbox"/> 先天性の疾患である(生後4週以内の発症)	
1. 家族歴 (同疾患の方)	<input type="checkbox"/> なし 続柄: いとこ(父方) <input checked="" type="checkbox"/> あり	※ いとこ・祖父母・叔父・叔母・甥・姪などの場合は、必ず父方が母方も明記してください。
2. 運動機能・歩行機能	<input type="checkbox"/> 歩行可能 → <input type="checkbox"/> 手すりや支えなしで、歩行が可能 <input type="checkbox"/> 歩行機能獲得前 → <input type="checkbox"/> 装具を利用して、歩行が可能(装具・杖、歩行器、下肢装具など) <input checked="" type="checkbox"/> 歩行不能 → <input type="checkbox"/> 支えなしで、座位がとれる → 歩行不能となった年齢 30 歳 2 ヵ月 <input checked="" type="checkbox"/> 支えなしで、座位がとれない	
2. 車いす	<input type="checkbox"/> 未使用 <input checked="" type="checkbox"/> 現在使用中 → <input type="checkbox"/> 一日のうち、部分的に使用 → 一日中使用となった年齢 35 歳 → 車いす使用開始年齢 31 歳 <input checked="" type="checkbox"/> 一日中使用 <input type="checkbox"/> 以前、使用していた → 車いす使用期間 使用開始年齢 歳 まで	
5. 身長	<input checked="" type="checkbox"/> 測定あり → 検査日 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 → 身長 ○○○ <input type="checkbox"/> 検査なし	数値が初回記入値と異なる場合、初回記入値を優先させていただきます。初回記入値が誤りで修正される場合には欄外にコメントしてください。
5. 体重	<input checked="" type="checkbox"/> 測定あり → 検査日 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 → 体重 ○○○.○ kg <input type="checkbox"/> 検査なし	

注意：
 → 患者さまご記入欄
 → 医師に確認の上、記入する欄
 → 以前の情報に訂正の必要があればご記入ください

2~4枚目も、お忘れなくご記入ください。

責任者：大阪大学医学系研究科 保健学専攻 生体病態情報科学講座 臨床神経生理学研究室 高橋 正紀
 書類送付先：187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remudy事務局

▼ 臨床情報

5. 握力 検査あり → 検査日 年 月 日 ▶ 握力 ▶ 右 Kg ▶ 左 Kg

デジタル握力計で測定不能 → ▶ 測定可能下限 Kg

検査なし

9. 耐糖能障害 なし ▼ 治療内容 ▼ 薬品名

あり → 食事指導 内服薬 (処方箋コピー可) → インスリン

不明

高次脳機能障害・認知障害 なし あり 不明

嚥下 (えんげ) 機能障害 これまでない

あり → ▶ 発症年齢 歳 カ月

以前あった → ▶ 発症年齢 歳 カ月 ~ 歳 カ月 まで

不明

初回記入値が誤りで、修正される場合には欄外にコメントして下さい。

胃ろう、経管栄養 これまでない

あり → ▶ 開始年齢 歳 カ月

以前受けた → ▶ 開始年齢 歳 カ月 ~ 歳 カ月 まで

不明

手指の障害 不自由を感じない 不自由はあるが日常生活に援助不要 強い (日常生活に支障がある)

筋強直現象 (状態) ない 軽い (症状はあるが日常生活に支障なし)

便秘 ない 軽い (症状はあるが治療はしていない)

(目) 見えにくさ ない 軽い (症状はあるが日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障がある)

数値が初回記入値と異なる場合、初回記入値を優先させていただきます。初回記入値が誤りで修正される場合には欄外にコメントしてください。

白内障の手術 受けていない 手術を受けた → ▶ 初回手術時年齢 歳 その他、眼科手術を受けた 不明

(耳) 聞こえにくさ ない 軽い (症状はあるが日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障がある)

疲れやすさ ない 軽い (日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障あり)

眠気 ない 軽い (日常生活に支障なし) 強い (日常生活に支障あり)

腫瘍 なし あり → ▶ 腫瘍の種類 不明

手術歴 なし あり → ▶ 手術歴 不明

筋強直現象・投薬 受けていない 受けている → ▶ 薬品名 不明

疲れやすさ、日中の眠気に対して投薬 受けていない 受けている → ▶ 薬品名 不明

6. 合併症・その他 なし あり → ▶ 合併症の種類 不明

3. 心エコー 検査あり → 検査日 年 月 日

検査日不明 未測定

▶ 検査結果 ▶ 左室駆出率(EF) EF: % ▶ 左室拡張期径(LVDd) LVDd: mm

未検査 不明 未検査 不明

3. 心筋症/心臓合併症・投薬 治療を受けていない

現在、受けている → ▼ 服薬の種類 ※種類が不明の場合は、その他に薬剤名を明記ください 複数選択

βブロッカー 利尿剤 ACE阻害剤 ARB

抗不整脈剤 薬品名 不明

その他 薬品名 ▶ 服薬開始年齢 歳

▼ 服薬期間と薬剤の種類 (覚えている範囲で)

過去に受けていた

不明

注意: → 医師に確認の上、記入する欄

→ 以前の情報に訂正の必要があればご記入ください

3~4枚目も、お忘れなくご記入ください。 →

責任者: 大阪大学医学系研究科 保健学専攻 生体病態情報科学講座 臨床神経生理学研究室 高橋 正紀

書類送付先: 187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remedy事務局

▼ 臨床情報

3. 心臓合併症

なし

あり →

不明

不整脈（洞不全症候群、期外収縮等） → 最初に指摘された年齢 歳

心伝導障害（房室ブロック、脚ブロック等） → 最初に指摘された年齢 歳

心筋症（心不全） → 最初に指摘された年齢 歳

3. 心電図

検査あり → 検査日

▶ 心電図：洞調律 はい

いいえ

PR間隔: ms

QRS間隔: ms QTc: ms

検査なし（未検査）

不明 一部未検査

※ はいの場合、PR間隔、QRS間隔、QTc全てご記入ください。

3. 心臓・手術

なし

ペースメーカー植込み → 最初に実施した年齢 歳

植込み型除細動装置 → 最初に実施した年齢 歳

カテーテルアブレーション（焼灼） → 最初に実施した年齢 歳

不明

数値が初回記入値と異なる場合、初回記入値を優先させていただきます。初回記入値が誤りで修正される場合には欄外にコメントしてください。

4. 呼吸機能

▼ 検査日

検査あり → 検査日

検査日不明 未測定

▼ 努力肺活量：FVC

▶ 検査結果 FVC ml %FVC %

未検査 不明

▼ 一秒率：FEV1%

▶ 検査結果 FEV1% %

未検査 不明

→ 一秒率の実測値をご記入ください。

4. 呼吸管理（現在）

▼ 状況

未使用

現在、使用中 →

▼ 種類

CPAP（持続陽圧呼吸療法） 非侵襲的呼吸管理(NPPV, BiPAP etc)

▶ 使用開始年齢 歳 ヵ月

気管切開 →

▶ 気管切開の状態 気管切開のみ 気管切開下人工呼吸管理

▶ 気管切開開始年齢 歳 ヵ月

▼ 人工呼吸器の使用頻度

一日中使用 一日のうち、部分的に使用

数値が初回記入値と異なる場合、初回記入値を優先させていただきます。初回記入値が誤りで修正される場合には欄外にコメントしてください。

4. 呼吸管理（過去）

▼ 状況

過去に使用したことがない

過去に使用したことがある →

▼ 人工呼吸器・呼吸管理の種類（過去）

CPAP（持続陽圧呼吸療法） 非侵襲的呼吸管理(NPPV, BiPAP etc)

気管切開のみ 気管切開下人工呼吸管理

▶ 使用期間 歳 ヵ月 ~ 歳 ヵ月 まで

注意： 4枚目もお忘れなくご記入ください。 →

→ 医師に確認の上、記入する欄

→ 以前の情報に訂正の必要があればご記入ください

責任者：大阪大学医学系研究科 保健学専攻 生体病態情報科学講座 臨床神経生理学研究室 高橋 正紀

書類送付先：187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remedy事務局

▼ 臨床情報

7. 血液検査

検査あり → 検査日 検査日不明
 未測定 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

▶ 血清CK値 未検査 不明
 〇〇〇 IU/L

▶ AST値 未検査 不明
 〇〇〇 IU/L

▶ ALT値 未検査 不明
 〇〇〇 IU/L

▶ γ-GTP値 未検査 不明
 〇〇〇 IU/L

▶ LDLコレステロール 未検査 不明
 mg/dl

▶ HbA1c (NGSP) 未検査 不明
 〇〇.〇 %

▼ 出生・発達 (15歳未満の方)

8. 出生

対象年齢以上のため、回答不要です。
 対象年齢です → ▶ 出生 週 ▶ 体重 g
 不明

周産期異常

対象年齢以上のため、回答不要です。
 あり → 羊水過多 仮死・呼吸障害 嚔下障害 筋緊張低下 関節拘縮
 なし 不明

分娩異常

対象年齢以上のため、回答不要です。
 あり → 帝王切開 遷延分娩 吸引分娩 その他
 なし 不明

発達歴 (首のすわり)

対象年齢以上のため、回答不要です。 ※ 首のすわりはいつでしたか？
 出来ている → ▶ 時期 カ月
 未獲得 不明

発達歴 (独り座り)

対象年齢以上のため、回答不要です。 ※ 独り座りはいつでしたか？
 出来ている → ▶ 時期 カ月
 未獲得 不明

発達歴 (独り歩き)

対象年齢以上のため、回答不要です。 ※ 独り歩きはいつでしたか？
 出来ている → ▶ 時期 カ月
 未獲得 不明

発達歴 (単語)

対象年齢以上のため、回答不要です。 ※ 単語が話せたのはいつでしたか？
 話すことが出来ている → ▶ 時期 カ月
 未獲得 不明

発達歴 (二語文)

対象年齢以上のため、回答不要です。 ※ 二語文が話せたのはいつでしたか？
 話すことが出来ている → ▶ 時期 カ月
 未獲得 不明

知的・精神面での問題

対象年齢以上のため、回答不要です。 ※ 知的・精神面での問題はありますか？
 なし
 あり → 自閉症 注意欠陥多動性障害 学習障害 知的障害 その他
 不明

このデータは原情報に忠実に記入されており、医師の確認のもとに作成されたものであることを証明します。

また、患者情報に不明な点がある場合、患者情報登録部門より問い合わせを受けることに同意します。

病院名
医師署名
(自筆)

※ 必ず医師の署名をお願いいたします。

署名日

2020 年 7 月 7 日

- 注意：
- 医師に確認の上、記入する欄
 - 15歳未満の患者様のみ記入する欄
 - 以前の情報に訂正の必要があればご記入ください

責任者：大阪大学医学系研究科 保健学専攻 生体病態情報科学講座 臨床神経生理学研究室 高橋 正紀
 書類送付先：187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remedy事務局