**日本脳卒中データバンク　参加申込書**

日本脳卒中データバンク 事務局

脳卒中データバンクの趣旨に賛同し、参加致します。

申込（記載）　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ご施設名 |  |
| ご住所 | 〒 |
| TEL： | FAX： |

|  |  |
| --- | --- |
| 責任者名部署・役職Email address |  |
| 実務担当者名部署・役職Email address |  |

脳卒中診療チームの編成

（　　）1. 神経内科系

（　　）2. 脳神経外科系

（　　）3. 1&2のところ（SCU, 脳卒中センター、脳卒中診療部　等）

（　　）4. 上記以外（一般内科、救急部　等）

施設情報

施設の病床数： 　　　　　　　床

脳卒中担当可能医師数

神経内科・血管内科： 　　　　　　　名

脳神経外科： 　　　　　　　名

リハビリテーション医： 　　　　　　　名

その他の科医師： 　　　　　　　名

急性期脳卒中入院例数（年間の概数）：　約　　　　　　　　例

亜急性期脳卒中入院例数（リハビリ病院の場合）：　約　　　　　　　　例

いずれかにチェックをお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CT検査（24時間） | □可能 | □不可能 |
| MRI,MRA検査実施 | □可能 | □不可能 |
| 血管造影 | □可能 | □不可能 |
| 血管内治療 | □可能 | □不可能 |

データバンクを知ったきっかけ（複数選択可）

（　　）1. 知人が紹介してくれた

（　　）2. 学術集会等で脳卒中データバンクの演題を聞いて

（　　）3. 学会場での広報パンフレットで知った

（　　）4. 論文を読んで知った

（　　）5. ホームページを見て知った

（　　）6. 新聞・雑誌で知った

（　　）7. その他（自由記載：　　　　　　　　　　　　　）

データバンク参加を決めた理由（複数選択可）

（　　）1. 自施設のデータベースとしても利用できるため

（　　）2. 退院サマリー機能の利用により日常診療の中で無理なく登録できるため

（　　）3. 将来的にわが国最大の全国データを用いた研究を行いたいため

（　　）4. 参加施設へのフィードバック（最新情報の提供など）を期待して

（　　）5. 知人からの強い勧めのため

（　　）6. その他（自由記載：　　　　　　　　　　　　　）

以上