

JCHO 中京病院
がんゲノム外来受診 同意書

私は、JCHO 中京病院「がんゲノム外来」を「がんゲノム外来申込書」により申し込み、
下記事項について同意いたします。

- 1、 希望するがんゲノム医療が私に該当しない可能性があること
- 2、 JCHO 中京病院で定められたがんゲノム外来の金額を支払うこと

同意日: _____年__月__日

患者さん氏名(自署) _____印

<代理人による同意の場合>

同意日: _____年__月__日

代理人氏名(自署) _____印(患者さんとの続柄 __)

患者さん氏名(代筆) _____印

代理人による同意である理由:

患者さんが未成年または成年被後見人のため

患者さんが自筆困難なため

(以下は該当する場合に記入)

同席者氏名 _____(患者さんとの続柄 __)

同席者氏名 _____(患者さんとの続柄 __)