

(患者さんが来院される場合)

名古屋大学医学部附属病院  
がんゲノム外来受診 同意書

私は、名古屋大学医学部附属病院「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、名古屋大学医学部附属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：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者さん氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

<代諾者による同意の場合>

同意日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

代諾者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印（患者さんとの続柄 \_\_\_\_\_）

患者さん氏名（記名）

代諾者同意である理由： 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 \_\_\_\_\_）

名古屋大学医学部附属病院  
がんゲノム外来受診 同意書 (代理相談)

私は、名古屋大学医学部附属病院「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、名古屋大学医学部附属病院で定められたがんゲノム外来の金額を支払うこと
- 3、下記の者に私の代理人として本同意書を託し、名古屋大学医学部附属病院担当医師等が代理人に対して意見や判断を述べ、私の主治医あてに報告書が作成されること

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (患者さんとの続柄 \_\_\_\_\_)

同意日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者さん氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

<代諾者による同意の場合>

同意日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代諾者氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印 (患者さんとの続柄 \_\_\_\_\_)

患者さん氏名 (記名) \_\_\_\_\_

代諾者同意である理由： 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 \_\_\_\_\_)