名古屋大学医学部附属病院

「がん・生殖医療相談外来」相談同意書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、

名古屋大学医学部附属病院に、私の「がん治療による不妊」の予防や対策についての相談を依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

（ご代理人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べること、私の主治医あての報告書が作成されることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

生年月日（明治、大正、昭和、平成、令和）　　年　　月　　日

対象者（患者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印