

## がん相談外来同意書

私は、貴院へ来院することが困難なため、この同意書を持参した  
(相談者) \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ に対し、  
貴院担当医師が私の疾病についての診断および治療内容、今後の見通し等について、意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意します。

令和 年 月 日

生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 生

患者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

患者保護者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

※ 患者さんが未成年者の場合に記入ください。

### 【注意事項】

- ※ 記入いただいた個人情報は、がん相談外来の提供に利用し、この目的以外には用いません。
- ※ 予約当日は、来院される相談者を証明できるもの（健康保険証・運転免許証等）を必ずご持参ください。
- ※ 複数の方が相談に来られる場合は、代表者の方を必ずご記入ください。
- ※ 個人情報保護のため、患者さんご本人署名のうえ、本同意書を持参いただきますが、患者さんの病状（がんの末期状態で手指が動かない、認知症により理解が困難）により、ご自身による記述が困難である場合は、この限りではありません。