

大阪市立総合医療センター

がんゲノム医療外来予約に関するチェックリスト

(患者用)

記入欄 (太枠内についてご記入下さい)

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日・年齢	大正・昭和 平成 令和 年 月 日 生 (満 歳)		

がんゲノム医療外来申し込みについて、次の内容をご確認いただき、
ご理解いただいたうえで、□にチェックを入れてください。
※すべての項目に☑のない方は、申し込みいただけません。

- がんゲノム医療外来の受診目的は検査を行うもので、当院への転院ではない。
※検査後の治療については、紹介元の主治医と相談いただくことになります。
- 検査結果が治療に繋がらない場合がある。
- 1回目、2回目、いずれかの診察時、家族の同伴ができる。
- 検査費用の支払いが可能である。

上記内容を確認しましたので、大阪市立総合医療センター がんゲノム医療外来診察を
申し込みします。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者サイン _____
※16歳以上の場合は、患者サインを記入してください

代諾者サイン _____

本人との関係 _____
※患者が未成年及び署名困難な場合は、代諾者サインを
記入してください