

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。

**保険 56,000 点×負担割合 (自由診療 560,000 円)   ※診察料、事前検査料等別途要**

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