

加古川中央市民病院
ゲノム診療科受診同意書

加古川中央市民病院 病院長様

私（患者氏名： ）は、貴院担当医師が私の病気や遺伝についての診断および家族の状況、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いたします。

*以下の項目を確認し、全てチェックしてください。

- 遺伝の相談が中心です。治療の相談などはお答えできない場合があります。
- 内容によってはお引き受けできない場合があります。
- 内容や状況により自費診療（相談 60 分 8800 円）になる場合があります。

詳しい費用は主治医またはゲノム診療科までお問合せください。

西暦 年 月 日

本人の直筆でご記入をお願いします。

患者氏名： _____

代諾者氏名： _____

続柄（ ）