**加古川中央市民病院**

**遺伝外来相談同意書**

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遺伝子診療部までお問合せください。

西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

本人の直筆でご記入お願いします。

患者氏名：

代諾者氏名：

続柄（　　　　　）