

東京がんサポートイブケアクリニック

がん相談外来 同意書

相談を受ける代理人の氏名 _____

相談を受ける代理人の住所 〒 _____

同意者（患者様）との関係 _____

私は上記のものが、下記の事項を相談することに同意いたします。

記

私の診療方針について、平成 年 月 日のがん相談外来
を受けること

平成 年 月 日

同意者（患者様）住所 _____

同意者（患者様）氏名 _____

印