

# 九州大学病院がんゲノム外来

## 相談同意書

私(患者の氏名)\_\_\_\_\_は、本同意書を持参しました

(ご相談者)\_\_\_\_\_に対して、貴院担当医師が、

がん遺伝子パネル検査について説明し、私の疾患と治療歴に基づいて、がん遺伝子パネル検査の意義などについて、意見や判断を述べ、私の主治医宛ての意見書を作成することに同意いたします。

年 月 日

生年月日(大正、昭和、平成、令和) 年 月 日生

(患者の氏名)