名古屋市立大学病院

「がん治療と妊娠」相談外来における

家族のみの相談に関する同意書

名古屋市立大学病院院長　様

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（直筆署名及び押印）

私（患者本人）は、名古屋市立大学病院「がん治療と妊娠」相談外来にてがん治療に伴う妊よう性の温存に関する意思決定などを含む相談を家族である以下の者に委任します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

家族氏名①　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　続柄

（直筆署名及び押印）

家族氏名②　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　続柄

（直筆署名及び押印）

家族氏名③　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　続柄

（直筆署名及び押印）

※家族氏名は、外来当日に来院される方すべて記載してください。３名を超える人数で来院されるなど欄が足りない場合は、余白に追記してください。