島根大学医学部附属病院　がんゲノム医療外来代理人申込書

私（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本書を持参しました代理人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿に対して、担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通しにつきまし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。

平成　　年　　月　　日

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　（明治・大正・昭和・平成）　　年　　月　　日生

患者氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＊代理人は、家族であることを証明できるもの（保険証、運転免許証等）を持参のうえご来院ください。