

東京医科歯科大学医学部附属病院
がんゲノム相談外来（セカンドオピニオン） 同意書

私は、貴院がんゲノム相談外来（セカンドオピニオン）を別紙申込書により申し込み、以下の事項について同意いたします。

- 1、がんゲノム相談外来について、ホームページや紹介元医療機関の主治医等から情報を得て、がん遺伝子パネル検査を受ける意義（メリット・デメリットなど）を理解した上で、がんゲノム相談外来を受診すること
- 2、がんゲノム相談外来では、今後の治療について専門医としての意見を提供するものであり、検査・治療行為は行わないこと
- 3、がんゲノム相談外来で実施可能と評価されたがん遺伝子パネル検査において、有効な情報が得られない場合があること
- 4、がん遺伝子パネル検査実施後の診療行為については、紹介元医療機関の主治医の判断のもと行われるものであり、必ずしも東京医科歯科大学医学部附属病院で治療を行う事を約束するものではないこと
- 5、がんゲノム相談外来の内容について、がんゲノム相談外来担当医師より紹介元医療機関の主治医宛に報告書が作成されること
- 6、訴訟等の目的に使用しないこと
- 7、自由診療料金として定められた金額 44,000 円(税込)を支払うこと

西暦 年 月 日

患者さん氏名 _____ 印

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

同席者氏名 _____

(患者さんとの続柄 _____)

同席者氏名 _____

(患者さんとの続柄 _____)