

病院長殿

家族性膵腫瘍登録のための診療情報開示同意書

本登録制度に登録するために、下記の者の診療情報を
登録施設の _____ 病院に
開示・提供することに同意いたします。

署名: _____ 患者さんとの続柄: _____

署名者が患者さん自身ではない場合、その理由

署名日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名確認者: _____

患者さん氏名		生年月日	
住所			

診療情報のご提供のお願い

上記の患者さん・患者さんのご家族が本登録制度に登録されることを希望されていますので、お手数をおかけいたしますが、下記の診療情報のご提供をお願い致します。

(組織診/細胞診報告書・膵癌の診断に用いた画像診断の報告書)

診療情報提供を依頼した医療機関名: _____

住所: _____

医師氏名: _____