

令和 8 年 8 月 吉日

診療部各位

名古屋がんセンター運営委員会
がん総合診療部長 北川智余恵

がんサーフィットネス参加同意書記載のお願い

日ごろは、名古屋がんセンター業務にご理解ご協力いただきありがとうございます。
11 月 16 日（月）に、当院でがん治療中またはがんサバイバーの方を対象としたイベント「名古屋医療センターがんサーフィットネス」を開催する運びとなりました。

つきましては、参加希望のある患者さんの主治医の先生にがんサーフィットネス参加同意書を記載していただきたく存じます。お忙しいところ大変恐縮ですが、どうぞよろしくお願い申し上げます。

※がんサーフィットネス参加同意書ご記入後は患者さんへ直接お渡し下さい。

名古屋医療センター

No. HP-

がんサーフィットネス 参加同意書

患者名 _____ 様

（診察券番号 _____ ）

- ☐ 名古屋医療センターで 11 月 16 日 に開催されるがんサーフィットネスの参加を許可します。
- ☐ がんサーフィットネスに参加するにあたり、以下のことを説明し、同意を得ました。
- ☐ 自分の体調に合わせて運動を行い、無理をせず、必要に応じて休息をとること
- ☐ 参加する医療者との相談やアドバイスで、自分の体調にあった運動に参加すること
- ☐ 参加当日に体調がすぐれない場合には無理に参加しないこと
- ☐ がんサーフィットネスの主催者(名古屋医療センターの医療者)が運動療法を提供するにあたり、必要な情報を電子カルテで確認することを説明し、同意を得ました。

令和 年 月 日

（主治医サイン） _____ 科 _____

ご参加いただく方がご記入ください

主治医から気をつけるように言われていること、もしくは当日参加するにあたり医療者に知っておいてほしいこと、ご希望などがあればご記入ください。

※ご記入できましたら、**10 月 26 日(月)まで**に、『医療相談室・がん相談支援センター・緩和ケアセンター』、または、『やすらぎサロン』まで提出をお願いいたします。

お問い合わせ先: 名古屋医療センター

医療相談室・がん相談支援センター・緩和ケアセンター(平日 8:30~17:00)

TEL 052-951-1111(代表)