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

キャン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キャンサーフィットネス」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キャン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。

※キャン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-

キャンサーフィットネス　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 に開催されるキャンサーフィットネスの参加を許可します。

☐ キャン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

☐ キャン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、**11 月 2 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）