東京医科大学病院　セカンドオピニオン

相談同意書

私（患者氏名）　　　　　　　　　　　　　は本同意を持参した

（ご相談者）　　　　　　　　　（続柄）　　　　　　　　　　に対して、

貴院担当医師が私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、意見や判断を述べ、私の主治医あての報告書が作成される事を同意いたします。

　　　　年　　月　　日

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日