

東京医科大学茨城医療センター セカンドオピニオン外来

相談同意書

私（患者さま氏名） _____ は、私の疾患について、診断及び治療内容、今後の見通しについて、東京医科大学茨城医療センターにセカンドオピニオンを依頼いたします。

また、私の代理人として、本同意書を持参いたしました

（ご相談者氏名） _____ に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べ、私の主治医宛の報告書が作成されることに同意いたします。

年 月 日

患者さまご署名 _____ 印

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生