

日本医科大学多摩永山病院セカンドオピニオン外来

相 談 同 意 書

私 (患者様氏名) は、本同意書を持参しました

相談者 (患者様との続柄) に対して、貴院担当医

師が私の疾患についての診断および治療内容、今後見通しにつきまして意見や

判断を述べ文書（主治医宛て実施報告書）が作成されることに同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日

(患者様氏名) 印