

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 (患者氏名) _____ は、本同意書を持参しました

相談者 _____ (患者との続柄) _____ 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

_____ (患者氏名) _____ 印