

東京都済生会中央病院

セカンドオピニオン 同意書

私(患者様氏名) _____ は、本同意書を持参しました

(相談者氏名) _____ (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ことに同意
いたします

平成 年 月 日

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

患者様氏名 _____ ㊞