

## 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 \_\_\_\_\_ ㊟