

セカンドオピニオン外来相談同意書

私（患者署名） _____ は、本同意書を持参しました
相談者氏名 _____ 生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日生
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及び
治療内容、今後の見通し等について、意見や助言を述べ、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

NTT 東日本関東病院長 殿

患者氏名 _____ 印

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日生

※ ご相談の方が患者以外の場合は、本人が証明できるもの（健康保険証、免許証等）
を必ず持参願います。