

順天堂大学医学部附属順天堂医院  
セカンドオピニオン外来 相談同意書

私(患者さん名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参しました  
(ご相談者) \_\_\_\_\_ (患者さんとの続柄: \_\_\_\_\_ )

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します。

西暦            年    月    日

住所・氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日    西暦            年    月    日生

注) セカンドオピニオン外来当日に、お持ちいただき、ご提出ください。  
なお、患者さんをご相談者との関係を証明するもの(住民票、戸籍謄本等)  
をご提示いただきます。