東京医科大学八王子医療センター　オンラインセカンドオピニオン外来
相談同意書

私（患者様氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、本同意書を持参致しました

（ご相談者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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事に同意致します。

西暦　　年　　月　　日

患者様ご署名　　印

生年月日（西暦）　　年　　月　　日

ご住所